

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ORGAN VE DOKU BAĞIŞ FORMU

BAĞIŞ YAPANIN	BAĞIŞ KAYIT NO :
T.C. KİMLİK NO :	DÜZENLEME TARİHİ :
ADI SOYADI :	ADRES :
CİNSİYETİ :	
BABA ADI :	
ANA ADI :	
DOĞUM YERİ :	
DOĞUM TARİHİ :	
KAN GRUBU :	CEP TELEFONU : (zorunludur)
MESLEĞİ :	
EĞİTİM DURUMU :	

ŞAHİTLERE AİT BİLGİLER

	1. ŞAHİDİN	2. ŞAHİDİN
TC KİMLİK NO :		
ADI SOYADI :		
BABA ADI :		
ANA ADI :		
DOĞUM YERİ :		
DOĞUM TARİHİ :		

KART İLE İLGİLİ BİLGİLER

VERİLDİĞİ İL :	
VERİLDİĞİ KURUM :	
KARTIN SERİ NUMARASI :	

BAĞIŞ YAPILAN ORGAN VE DOKULAR

ORGAN VE DOKULARIMIN TÜMÜNÜ BAĞIŞLAMAK İSTİYORUM	EVET <input type="checkbox"/>		
SADECE İŞARETLENEN ORGAN VE DOKULARIMI BAĞIŞLAMAK İSTİYORUM			
<input type="checkbox"/> BÖBREK	<input type="checkbox"/> İNCE BARSAK	<input type="checkbox"/> TENDON	<input type="checkbox"/> EKSTREMİTE SAĞ BACAK
<input type="checkbox"/> KARACİĞER	<input type="checkbox"/> KORNEA	<input type="checkbox"/> YÜZ VE SAÇLI DERİ	<input type="checkbox"/> EKSTREMİTE SOL BACAK
<input type="checkbox"/> KALP	<input type="checkbox"/> KAS DOKUSU	<input type="checkbox"/> DERİ	<input type="checkbox"/> EKSTREMİTE SAĞ KOL
<input type="checkbox"/> KALP KAPAĞI	<input type="checkbox"/> KEMİK	<input type="checkbox"/> ÜST SİNDİRİM YOLLARI	<input type="checkbox"/> EKSTREMİTE SOL KOL
<input type="checkbox"/> AKCİĞER	<input type="checkbox"/> KIKIRDAK	<input type="checkbox"/> ÜST SOLUNUM YOLU	<input type="checkbox"/> UTERUS
<input type="checkbox"/> PANKREAS			

BEYİN ÖLÜMÜNDEN SONRA ULAŞILACAK KİŞİNİN;

ADI SOYADI :		TC KİMLİK NO :	
CEP TELEFONU (zorunludur) :		YAKINLIĞI :	

BAĞIŞ YAPANIN İMZASI	1.ŞAHİDİN İMZASI	2.ŞAHİDİN İMZASI

DÜZENLEYEN	
------------	--

NOT: İmzalı bağış formları tarafı sistemine yüklenecektir.