**Oznámení údajů o možném zemřelém dárci orgánů,**

**který není občanem České republiky**

**Příjmení a jméno:** ...........................................................................................................................

**Datum narození:** ................................... **Rodné číslo (má-li):** ......................................................

**Číslo pasu (dokladu totožnosti):** ....................................................................................................

**Dárcovská karta vydaná dne (má-li):** ..........................................................................................

**Kým:** .................................................................................................................................................

**Trvalé bydliště pacienta:** ................................................................................................................

**Město/stát:** .......................................................................................................................................

**Státní příslušnost:** ...........................................................................................................................

**Bydliště v ČR:** .........................................................……………………………………………….

………………………………………………………...............………………………………........

**Zdravotní pojišťovna v ČR:** ………........................................................................................…..

**Kontakt na příbuzné:** .....………………….……………………………………………………

...........................................................................................................................................................

**Hospitalizován v:** …………………………………...…………………………………………….

**Diagnóza:** ………………………………………………………………………………………….

**Ošetřující lékař:** ………………………………..........................................................................…

**Telefon:** …………………………………………………………………………...……………….

**E-mail:** …………………………………………………………………...………………………..

**Příloha: kopie dárcovské karty ANO 🞏**

 **NE 🞏**

**Datum ohlášení:** ........................................... **Podpis:** …………………………………….

**Záznamy KST**

**Jméno dárce:** ...................................................................................................................................

**(1) Formulář oznámení doručen na KST:** (datum, hodina)……..............................…………… **Jméno, podpis:** ……………...................................................................................................…….

**(2) KST informovalo příslušný orgán (kompetentní autorita) nebo zastupitelský úřad:**

(datum, hodina) …………………......................................................…………..………………….

**Jméno, podpis:** ……....................................................................................................……………

**(3) KST obdrželo vyjádření příslušného orgánu (kompetentní autorita) nebo zastupitelského úřadu:** (datum, hodina) ....................................................................................................................

**Jméno, podpis:** ……....................................................................................................……………

**(4) Informace o výsledku šetření byla z KST oznámena ošetřujícímu lékaři:** (datum, hodina) ……………………………...........................................................................................................…

**Jméno, podpis:** ……....................................................................................................……………

**Poučení**

**V souladu s ustanovením § 10a, odst. 2 a 3, zákona 285/2002 Sb. žádáme poskytovatele zdravotních služeb, u nichž je identifikován možný zemřelý dárce orgánů - cizinec, o nahlášení identifikačních údajů na přiloženém formuláři faxem nebo mailem.**

**Při identifikaci možného zemřelého dárce - cizince prosíme o informaci též telefonicky na telefonní číslo 736 623 603.**

**Koordinační středisko transplantací neprodleně osloví příslušný orgán státu původu pacienta a výsledek komunikace sdělí poskytovateli zdravotních služeb, u nichž je pacient hospitalizován.**

**Formulář je možno stáhnout na webových stránkách** [**www.kst.cz**](http://www.kst.cz)