|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **T.C. SAĞLIK BAKANLIĞIORGAN 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** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | SADECE İŞARETLENEN ORGAN VE DOKULARIMI BAĞIŞLAMAK İSTİYORUM |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | BÖBREK |  |  |  |  | İNCE BARSAK |  |  |  |  | TENDON |  |  |  |  | EKSTREMİTE SAĞ BACAK |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | KARACİĞER |  |  |  |  | KORNEA |  |  |  |  | YÜZ VE SAÇLI DERİ |  |  |  |  | EKSTREMİTE SOL BACAK |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | KALP |  |  |  |  | KAS DOKUSU |  |  |  |  | DERİ |  |  |  |  | EKSTREMİTE SAĞ KOL |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | KALP KAPAĞI |  |  |  |  | KEMİK |  |  |  |  | ÜST SİNDİRİM YOLLARI |  |  |  |  | EKSTREMİTE SOL KOL |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | AKCİĞER |  |  |  |  | KIKIRDAK |  |  |  |  | ÜST SOLUNUM YOLU |  |  |  |  | UTERUS |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 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 taranıp sisteme yüklenecektir. |