



# Hornhinnedonationsverksamhet

## Faxblankett

### Utredning inför hornhinnedonation

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <p>..... Avled datum:..... .Kl:.....</p> <p>Plats för patientetikett</p> |
|--------------------------------------------------------------------------|

Patienten tillhör avdelning:\_\_\_\_\_

Närstående meddelade om dödsfallet    ☐Ja                      ☐Nej

**Blanketten faxas till 023-49 24 25**

**Hornhinnedonationsansvarig sjuksköterska**

**Sandra Roxström**

**Telefon: 023-492312**