

FORM 7**अंगदान अथवा टिश्यू दान पत्र**

(18 वर्ष या उससे बड़े द्वारा ही भरा जाना चाहिए)

रजिस्ट्रेशन नंबर (ऑर्गन डोनर रजिस्ट्री द्वारा उपलब्ध करवाई जाए)

मैं पुत्र/पुत्री/पत्नी उम्र

..... जन्मदिनांक निवासी

..... नीचे वर्णित व्यक्तियों की उपस्थिति में।
चिकित्सा विशेषज्ञों के बोर्ड द्वारा मृत मस्तिष्क स्टेम मृत होने के बाद मेरे शरीर से निम्नलिखित अंगों और ऊतकों को ट्रांसप्लांट हेतु निकालने के लिए अधिकृत करता हूँ, और चिकित्सा सम्बन्धी कार्य के लिए भी दान की सहमति प्रदान करता हूँ।

सहमति देने के इसे भरें

(ऊतकों का भी दान किया जा सकता है
ब्रेन स्टेम डेथ /कार्डियक डेथ)

हृदय

कॉर्निया/आई बॉल

लंग्स

स्किन

किडनी

बोन्स

लिवर

हार्ट वाल्व्स

पैंक्रियास

ब्लड वेसल्स

अन्य अंग (कृपया बताएं)

अन्य टिश्यू (कृपया बताएं)
सभी टिश्यू

ब्लड ग्रुप (यदि ज्ञात हो)

हस्ताक्षर

पता

टेलीफोन न.....

ईमेल

दिनांक: स्थान

गवाह के हस्ताक्षर 1

1 .श्री/श्रीमती/कु.....

पुत्र/पुत्री/पत्नी

उम्र

निवासी.....

टेलीफोन

ईमेल.....

गवाह के हस्ताक्षर 2

1 .श्री/श्रीमती/कु.....

पुत्र/पुत्री/पत्नी

उम्र

निवासी.....

टेलीफोन

ईमेल.....

FORM 7