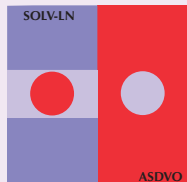
 <p>SOLV-LN Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspender</p> <p>Association suisse des donneurs vivants d'organe</p> <p>Associazione svizzera delle donatrici viventi d'organo ASDVO</p> <p>SOL-DHR Swiss Organ-Living-Donor-Health-Registry</p> <p>Gespendetes Organ:</p> <p><input type="checkbox"/> Niere links <input type="checkbox"/> Niere rechts</p> <p><input type="checkbox"/> Linke Leberhälfte <input type="checkbox"/> Rechte Leberhälfte</p> <p>Blutgruppe _____</p>	<p>Name/Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Tel. Nr. Angehörige _____</p> <p>Mein Hausarzt (Name/Tel.) _____</p> <p>Transplantationszentrum _____</p> <p>Datum der Spende _____</p> <p>Ich nehme folgende Medikamente _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">www.lebendspende.ch</p>
--	---

 <p>SOLV-LN Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspender</p> <p>Association suisse des donneurs vivants d'organe</p> <p>Associazione svizzera delle donatrici viventi d'organo ASDVO</p> <p>SOL-DHR Swiss Organ-Living-Donor-Health-Registry</p> <p>Organe donné:</p> <p><input type="checkbox"/> Rein gauche <input type="checkbox"/> Rein droit</p> <p><input type="checkbox"/> Foie gauche <input type="checkbox"/> Foie droit</p> <p>Groupe sanguin _____</p>	<p>Nom/Prénom _____</p> <p>Date de naissance _____</p> <p>Tél. de la famille _____</p> <p>Mon médecin (Nom/Tél.) _____</p> <p>Centre de transplantation _____</p> <p>Date du don _____</p> <p>Je prends les médicaments suivants _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">www.lebendspende.ch</p>
--	---