

Universitätsklinikum Augsburg Transplantationszentrum

Postfach 10 19 20
86009 Augsburg

Per Fax (0821) 400 – 37 76

Datum

Änderung Urgency Code

Sehr geehrte Damen und Herren,
unser Patient

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Ist

zurzeit **nicht** transplantabel.

Grund: _____

Ab sofort wieder transplantabel.

Mit freundlichen Grüßen

Stempel Dialysezentrum

Unterschrift