



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
ORGAN VE DOKU BAĞIŞ FORMU



BAĞIŞ YAPANIN;	DÜZENLENME TARİHİ:
KİMLİK NO'SU:	ADRES:
ADI SOYADI:	
CİNSİYETİ:	
BABA ADI:	
ANA ADI:	
DOĞUM YERİ:	
DOĞUM TARİHİ:	
TELEFONU (zorunludur):	
MESLEĞİ:	
EĞİTİM DURUMU:	
MEDENİ HALİ:	KAN GRUBU:
TABİİYETİ:	<input type="checkbox"/> A Rh (+) <input type="checkbox"/> A Rh (-) <input type="checkbox"/> B Rh (+) <input type="checkbox"/> B Rh (-) <input type="checkbox"/> AB Rh (+) <input type="checkbox"/> AB Rh (-) <input type="checkbox"/> 0 Rh (+) <input type="checkbox"/> 0 Rh (-)
	KRONİK HASTALIK:
	BULAŞICI HASTALIK:

BAĞIŞ YAPILAN ORGAN VE DOKULAR

SADECE İŞARETLENEN ORGAN VE DOKULARIMI BAĞIŞLAMAK İSTİYORUM					Tümünü bağışlamak istiyorum
<input type="checkbox"/> Kalp	<input type="checkbox"/> Karaciğer	<input type="checkbox"/> Böbrek	<input type="checkbox"/> Pankreas	<input type="checkbox"/> Ekstremiteler	
<input type="checkbox"/> Akciğer	<input type="checkbox"/> Kornea	<input type="checkbox"/> Kemik	<input type="checkbox"/> Kas dokusu	<input type="checkbox"/> Üst solunum	
<input type="checkbox"/> Kıkırdak	<input type="checkbox"/> Tendon	<input type="checkbox"/> İnce barsak	<input type="checkbox"/> Yüz ve saçlı deri	<input type="checkbox"/> Üst sindirim	
					<input type="checkbox"/> TAMAMI

BEYİN ÖLÜMÜNDEN SONRA ULAŞILACAK KİŞİNİN;

ULAŞILACAK KİŞİNİN ADI SOYADI:		KİMLİK NO:	
ULAŞILACAK KİŞİNİN TELEFONU:		YAKINLIĞI:	
BAĞIŞÇI	İmza:	İŞLEME KOYAN	İmza:
	Kart No:		İsim:

NOT: İmzalı bağış formları taranıp sisteme yüklenecektir.