

Dieses Formblatt ist bei Vorkommnissen mit Implantaten in der orthopädischen Chirurgie zu verwenden, wenn das Explantat zur Schadensanalyse vorübergehend an den Hersteller oder einen fachkundigen Gutachter übergeben wird.

Das Dokument ist vom Empfänger zu unterzeichnen und verbleibt an der behandelnden Klinik.

### Erklärung für die behandelnde Klinik

\_\_\_\_\_ (Name der Klinik)

Patienten-ID: \_\_\_\_\_

Anlässlich einer am \_\_\_\_\_ durchgeführten Operation wurden Implantate (Hersteller / Modell: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_) an der behandelnden Klinik entfernt.

Die behandelnde Klinik übergibt dem Implantathersteller (Fa.: \_\_\_\_\_,

Sitz: \_\_\_\_\_) bzw. fachkundigen Gutachter (Name: \_\_\_\_\_,

Adresse: \_\_\_\_\_)

die ausgebauten Implantate zum Zwecke der Schadensanalyse.

Der betreffende Patient hat sich am \_\_\_\_\_ bereit erklärt, dass die Implantate für wissenschaftliche Zwecke untersucht werden dürfen. Er/Sie hat einer zerstörenden Prüfung

- zugestimmt.
- nicht zugestimmt.

Der Implantathersteller bzw. der Gutachter übergibt die zur Verfügung gestellten Explantate nach der Schadensanalyse umgehend zurück an die behandelnde Klinik z. Hd.:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätigt der Implantathersteller bzw. der Gutachter den Empfang der Explantate.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel