



Formularz zmiany w Bazie Dawców „Donate Life” stanu Nowy Jork i specyfikacji przeznaczenia

donatelife.ny.gov | 1-866-NY-DONOR

Chcę: Zaktualizować moje dane identyfikacyjne Zmienić moją zgodę na przekazanie organów/tkanek Zmienić cel przekazania**Oznacza pole wymagane. Prosimy wypełniać maszynowo, wyraźnym piśmem drukowanym lub niebieskim atramentem*

DANE IDENTYFIKACYJNE

*Imię i nazwisko: (Imię)

(Inicjał) *(Nazwisko)

____/____/____ (MM/DD/RRRR)

*Data urodzenia

LUB

Nr identyfikacyjny DMV stanu Nowy Jork (9-cyfrowy nr prawa jazdy/tymczasowego prawa jazdy/dokumentu tożsamości)

Numer IDNYC

DANE KONTAKTOWE

Wprowadzone do rejestracji zmiany potwierdzimy e-mailem, jeżeli został podany adres e-mail lub poczta tradycyjną.

 Jeżeli imię i nazwisko jest zgodne z podanym powyżej Zmiana adresu Zmiana adresu e-mail

Imię i nazwisko: (Imię)

(Inicjał) (Nazwisko)

*Adres do korespondencji

*Miasto

*Stan

*Kod pocztowy

Adres e-mail

Telefon

SPECYFIKACJA PRZEZNACZENIA

*WTRĄŻAM ZGODĘ NA ODDANIE

 wszystkich moich organów, tkanek i oczu *lub* **tylko** zaznaczonych organów i tkanek. **Organy:** serce nerki wątroba płuca jelita trzustka**Tkanki:** naczynia krwionośne kości rogówki oczy skóra

*IWYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZANIE MOICH ORGANÓW I/LUB TKANEK W CELU(-ACH):

 Przeszczepów i badań naukowych[◇] Tylko przeszczepów Tylko[◇] badań naukowych

◇Cele naukowe: Dołożymy wszelkich starań, aby dzięki ofiarowanym przez Pana/Panią organom i tkankom ratować życie i umożliwić powrót do zdrowia pacjentom potrzebującym przeszczepów. Jeżeli organy i/lub tkanki nie nadają się do przeszczepu, a osoby zarejestrowane zezwoliły na użycie ich do badań naukowych, zostaną one wykorzystane do celów naukowych lub edukacyjnych, które mogą przyczynić się do stworzenia nowych metod leczenia lub leków.

PODPISAĆ I OPATRYĆ DATĄ

Składając swój podpis poniżej wyrażam zgodę na wprowadzenie zmian do mojej poprzedniej rejestracji w Bazie Dawców „Donate Life” stanu Nowy Jork. Rozumiem, że rejestrując się w Bazie Dawców, wyrażam zgodę na przekazanie moich organów, tkanek i oczu (tak, jak zaznaczono powyżej) w przypadku śmierci. Udzielam upoważnienia na dostęp do tych danych w zakresie niezbędnym do administrowania Bazą Dawców oraz na potrzeby regulowanych prawem federalnym organizacji zajmujących się pozyskiwaniem organów, licencjonowanych w stanie Nowy Jork banków tkanek i oczu oraz podmiotów formalnie zatwierdzonych przez Rzecznika ds. Zdrowia stanu Nowy Jork (NYS Commissioner of Health) w momencie mojej śmierci lub na krótko przed śmiercią.

*Podpis

*Data

Wypełnić, podpisać i opatrzyć datą niniejszy formularz. Wysłać e-mailem do Bazy Dawców „Donate Life” Stanu Nowy Jork na adres: registry@donatelife.ny.gov lub pocztą tradycyjną na adres:

New York State Donate Life Registry, 185 Jordan Road, Troy, New York 12180