

编号:

1. 遗体 and 人体器官捐献遵循“自愿、无偿”的原则。
2. 捐献发生在逝世之后，不会影响对您的抢救和治疗。
3. 请将捐献意愿告知家人，获得家人的理解和支持。
4. 如果捐献意愿发生改变，随时可以变更或撤销。
5. 最终能否实现捐献，需经医学评估并尊重亲属的意见。
6. 严禁未满 18 周岁人登记，严禁虚假或恶意登记，严禁冒用他人信息登记。

申 请 书	☐ 我具备完全民事行为能力，已阅读并知悉上述内容，自愿做如下登记：		
	我志愿将自己的遗体无偿捐献给医学科学事业及救治危重病人的生命与健康，为使我的捐献意愿得以实现，现已征得本人亲属的同意和支持，并委托_____作为我捐献意愿的执行人。		
	同时我愿意：		
	捐献遗体器官（肝脏、肾脏、心脏、肺脏等）：	是 ☐	否 ☐
	捐献遗体组织（眼角膜、骨骼、皮肤、肌腱、神经、脑膜等）： 用于医学科研，医学临床、医学教学。	是 ☐	否 ☐
	是否同意不保留骨灰：	是 ☐	否 ☐
	申请人签名：_____ 年 月 日		

申请者基本信息	姓名		性别		手机号码													
	常住地址																	
	身份证/护照号码																	
	既往病史						是否愿意 志愿服务											

执行人信息	姓名	性别	亲属关系	电话	家庭住址

志愿者接待处 注意事项	1. 郑州市红十字会 郑州市中原区互助路 73 号院（市委北院）3 号楼， 电话：0371-89895717 2. 郑州人民医院文化路院区 郑州市金水区文化路与红旗路东北角， 电话：0371-60919131	登 记 单 位 盖 章	年 月 日
	1. 附身份证复印件一份； 2. 申请人逝世后，请执行人及时通知郑州市红十字会， 商定具体接受事宜。 电话：0371-89895717 15225177807		



中国人体器官捐献管理中心



郑州市红十字会

第一联 市红会（白） 第二联 执行人（蓝）