

## **Declaración de mi voluntad en contra de la donación de mis órganos**

de (Nombre, apellidos, nombre de soltera, fecha y lugar del nacimiento, domicilio, residencia, teléfono, fax, correo electrónico, pasaporte, NIF; en caso necesario segundo domicilio con residencia, teléfono, email):

---

---

---

### **No quiero donar órganos, partes de órganos, tejidos o células.**

**Prohíbo el diagnóstico de órganos, las medidas de protección de órganos, el diagnóstico de muerte cerebral, especialmente la prueba de apnea, con el propósito de la donación de órganos.**

**¡No quiero participar en ningún programa de investigación científica! ¡No quiero que se me practiquen la autopsia!**

Por favor, **¡ Respeten mi testamento vital !** (en alemán y en español) que adjunto en este sobre.

**En caso de que no pueda expresar mi voluntad, póngase en contacto con las siguientes personas:**  
(Tipo de parentesco, nombre, apellidos, domicilio, teléfono, móvil, fax, dirección, correo electrónico:)

1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

3 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

4 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**¡Siempre llevo este documento conmigo en mi cartera! ¡He presentado este documento a las personas arriba mencionadas y he hablado con ellas sobre el significado de todo esto!**

\_\_\_\_\_  
(lugar) (fecha) (firma)

Fin de la declaración de mi voluntad en contra de la donación de mis órganos de (fecha) \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ Este documento consta de *una sola hoja*.