

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

GRID: _____
(wird von der Spenderdatei vergeben)Geschlecht: männlich weiblich

Blutgruppe (wenn bekannt): _____

Anschrift:

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

**Universitätsklinikum Leipzig AÖR, Institut für Transfusionsmedizin**Stammzellspenderdatei Leipzig, Johannisallee 32, 04103 Leipzig, Labor für Transplantationsimmunologie, Tel.: 0341-9725-435 und -350, Fax: 0341-97 25359, E-Mail: info@blutbank-leipzig.de Homepage: www.blutbank-leipzig.de

Einverständniserklärung zur Aufnahme in die Stammzellspenderdatei des Universitätsklinikums Leipzig AÖR

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Bereitschaft, mich in der Stammzellspenderdatei als freiwilliger Stammzellspender registrieren zu lassen, um im Bedarfsfall für einen nicht verwandten Patienten als Stammzellspender zur Verfügung zu stehen. Mir ist bewusst, dass mit der Aufnahme in die Spenderdatei keinerlei Verpflichtung verbunden ist, auch tatsächlich zu spenden. Ich habe verstanden, dass eine Registrierung mit der ausschließlichen Absicht einer gerichteten Spende für einen bestimmten Patienten nicht zulässig und die gleichzeitige Registrierung in mehreren verschiedenen Stammzellspenderdateien nicht sinnvoll ist.

Ich bestätige, im Vorfeld das Informationsblatt „Stammzellspende“ erhalten und verstanden zu haben. Dies beinhaltet auch Informationen über die Bedeutung und Risiken, die mit einer Stammzellspende verbunden sind.

Für die Aufnahme in die Spenderdatei ist es notwendig, dass mir ca. 2x1,6 ml Blut aus einer Armvene entnommen werden, um die molekularbiologische Bestimmung meiner Gewebemerkmale durchführen zu können und eine Rückstellprobe zu erstellen. Mit der Blutentnahme mittels steriler Einmalkanüle unter aseptischen Bedingungen bin ich einverstanden. Alternativ kann ein Abstrich der Wangenschleimhaut erfolgen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass aus dem so entnommenen Blut bzw. Abstrich der Wangenschleimhaut, DNA (Erbsubstanz) gewonnen wird, um meine Gewebemerkmale molekularbiologisch zu bestimmen (HLA-Typisierung). Ich bin auch damit einverstanden, dass das Blut beziehungsweise daraus gewonnene DNA aufbewahrt werden, um gegebenenfalls weitere HLA-Testungen durchzuführen. Über das Ziel der HLA-Typisierung wurde ich in Kenntnis gesetzt.

Ich wurde darüber informiert, dass spätere Blutentnahmen notwendig werden können. Über diese Eingriffe werde ich gesondert aufgeklärt werden und meine Einwilligung eingeholt.

Meine Einverständniserklärung schließt auch das Einverständnis zur Speicherung meiner persönlichen Daten und meiner Gewebemerkmale unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen durch das Universitätsklinikum Leipzig AöR (UKL) ein. Ich willige in die Weitergabe meiner transplantationsrelevanten Daten (Gewebemerkmale, Größe, Gewicht, Geschlecht und Geburtsdatum) in pseudonymisierter Form (Spendernummer/GRID) an das Zentrale Knochenmarkspenderregister für Deutschland (ZKRD) in Ulm und den Austausch dieser pseudonymisierten Daten mit nationalen und internationalen Registern und spendersuchenden Einrichtungen ein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine HLA-Typisierungsergebnisse innerhalb des Instituts für Transfusionsmedizin des UKL eingesehen und recherchiert werden dürfen.

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit und ohne Begründung meine Bereitschaft zur Stammzellspende sowie die Verwendung meiner Daten gegenüber dem Universitätsklinikum Leipzig AöR für die Zukunft widerrufen kann.

Ich erkläre mich bereit, einen eventuellen Wohnortwechsel mitzuteilen, andernfalls bin ich mit einer Nachfrage beim Einwohnermeldeamt durch die Stammzellspenderdatei des Universitätsklinikums Leipzig AöR einverstanden.

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme zum Zwecke der Stammzellspende oder Vereinbarung möglicherweise notwendig werdender weiterer Blutentnahmen per Post, Email oder Telefon einverstanden.

In dem Falle, dass ich tatsächlich als Spender für einen möglichen Empfänger in Frage komme und eine Stammzellentnahme durchgeführt werden soll, wird die Durchführung weiterer medizinischer Voruntersuchungen notwendig werden. Hierbei werden zum Schutz des potentiellen Empfängers auch Untersuchungen meines Blutes auf Infektionserreger und zurückliegende Infektionen durchgeführt. Dies ist mir bewusst und ich bin grundsätzlich damit einverstanden. Über diese Eingriffe werde ich noch einmal gesondert aufgeklärt werden und meine Einwilligung hierzu eingeholt.

Ich bin darüber informiert worden, dass bestimmte Krankheiten ein Ausschlusskriterium für die Stammzellspende und die Aufnahme in die Datei bedeuten. Daher bestätige ich, dass ich meines Wissens gesund bin und keine der folgenden Krankheiten vorliegt:

- Schwere Herz-Kreislaufkrankung
- Schwere Lungenerkrankung
- Schwere Nierenerkrankung
- Schwere neurologische Erkrankung
- Schwere Stoffwechselstörung
- Schwere tropische Infektionskrankheiten, insbesondere Malaria (aktiv oder abgelaufen)
- Infektion (auch eines Sexualpartners) mit HIV, Hepatitis B oder C, HTLV, Syphilis
- Systemische Autoimmunerkrankungen oder andere schwere chronische Erkrankungen.
- Krebserkrankung (auch geheilt)
- Erbkrankheiten des Blutes oder des Immunsystems
- Schwere psychische Erkrankung

Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden in einer mir verständlichen Form beantwortet. Ich fühle mich daher für meine Entscheidung ausreichend informiert.

Ort, Datum _____ Unterschrift Spender: _____

Vom Personal auszufüllen:

Spender hat eine Kopie der unterzeichneten Einverständniserklärung erhalten:

Ort, Datum _____ Unterschrift Personal: _____