Der Unterzeichnete (Name, Vorname) ……………………………………………………………….………. wurde über die Entnahme von Lymphozyten für die Behandlung eines Patienten mit einer allogenen Stammzellentransplantation informiert, er ist sich dieser Entnahme bewusst und erteilt dafür freiwillig sein Einverständnis.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende dieses Dokuments bestätigen Sie, dass Sie dieses Dokument gelesen haben, Gelegenheit hatten, Fragen zu stellen und Sie mit der Entnahme, Aufbewahrung und Nutzung der Lymphozyten einverstanden sind. Bitte kreuzen Sie daher zum Zeichen Ihres Einverständnisses alle nachfolgenden Felder an.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich habe die Informationen verstanden, und meine Fragen wurden probat beantwortet. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass ich für die Spende von Lymphozyten keine finanzielle Vergütung enthalte. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Es wurde mir erklärt, was Lymphozyten sind. Zweck und Art der Entnahme sind mir klar. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Für weibliche Spender: Ich weiß, dass mir geraten wird eine Schwangerschaft zu vermeiden und dass ich mich einem Schwangerschaftstest unterziehen muss vor der Entnahme. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Es wurde mir erklärt, wie die Entnahme erfolgt. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Die mit dieser Art von Entnahme einhergehenden Risiken wurden mit mir besprochen. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte das besprochene Verfahren für die Entnahme durchführen. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Für den Fall, dass das Legen eines Katheters in der Armbeuge unmöglich ist, gebe ich meine Einwilligung,* einen Leistenkatheter zu legen.
* einen Halskatheter zu legen.
* einen Brustkatheter zu legen
 | [ ]  JA[ ]  JA[ ]  JA | [ ]  NEIN[ ]  NEIN[ ]  NEIN |
| Ich willige ein, dass die Ärzte die gespendeten Lymphozyten für eine Spenderlymphozyten-Infusion verwenden und gegebenenfalls aufbewahren. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich habe Einsicht in die Testergebnisse, u. a. in Bezug auf HIV. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass gegebenenfalls ein Teil der entnommenen Zellen eingefroren werden können. Dieser Teil darf nur einer späteren Anwendung beim Patienten dienen.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Stirbt der Patient, werden diese Spenderlymphozyten vernichtet. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wenn der verantwortliche Arzt eine weitere Aufbewahrung nicht mehr für sinnvoll erachtet, werden die verbleibenden Stammzellen vernichtet. Ich werde darüber nicht informiert. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Die Spenderdaten werden in einer Datenbank gespeichert. Ich weiß, dass der Spenderarzt dabei an die ärztliche Schweigepflicht gebunden ist und meine Daten vertraulich behandelt werden. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Diese Einwilligung wird freiwillig, informiert und bewusst gegeben. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich weiß, dass ich die Einwilligung zu diesem Verfahren zurückziehen darf, solange die Lymphozyten nicht behandelt wurden und solange beim Patienten keine Maßnahmen zur Vorbereitung der Gabe von Lymphozyten getroffen wurden. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Spende, sollte sie für eine Transfusion nicht geeignet sein, oder Restfraktionen oder Restproben meiner Spende unter den oben aufgeführten Bedingungen für wissenschaftliche Forschungsaktivitäten\* und/oder für Validierungs- oder Bildungszwecke verwendet werden können.\* Sobald mit den wissenschaftlichen Forschungsaktivitäten begonnen wurde, kann diese Einwilligung nicht mehr zurückgenommen werden. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

Daneben bestätigen Sie mit diesem Dokument, dass Sie die Datenschutzbestimmungen, die auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Spende von Stammzellen aus dem Blut oder Knochenmark Anwendung findet, zur Kenntnis genommen haben und dass Ihnen bewusst ist, dass Ihre personenbezogenen Daten verschlüsselt an die World Marrow Donor Association und andere ausländische Zentren, die sich der Stammzellentransplantation widmen, weitergegeben werden. Sie können nachfolgend hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten Ihre Präferenzen angeben.

[ ]  Ich möchte **nicht** zum Zwecke zusätzlicher wissenschaftlicher Forschungsaktivitäten oder zu innovativen medizinischen Zwecken, z. B. in den Bereichen regenerative Medizin und Immunotherapie, kontaktiert werden.

[ ]  Ich möchte **nicht** kontaktiert werden, um Blut, Blutplättchen und/oder Plasma, das für die Behandlung eines spezifischen Patienten erforderlich sein könnte, zu spenden.

Hiermit erkläre ich, dieses Dokument gelesen und ausreichende Erläuterungen erhalten zu haben:

[ ]  Ich habe eine Kopie des Infoblatts für allgemeine Spender, einschließlich der Datenschutzbestimmungen, erhalten und habe dessen Inhalt zur Kenntnis genommen.

[ ]  Ich habe eine Kopie des Infoblatts über Spenderunkosten und die anonyme Kommunikation erhalten.

[ ]  Ich habe eine Kopie dieser Einwilligungserklärung erhalten.

*Nationalregisternummer / Personalausweisnummer:*

|  |
| --- |
| *Name und Vorname des* ***Spenders****:*   |
| *Unterschrift:* | *Ort:* *Datum:*  |

Hiermit erkläre ich, daß:

[ ]  die Identität des Spenders überprüft wurde.

|  |
| --- |
| *Name und Vorname des* ***Arztes****:*   |
| *Unterschrift:* | *Ort:* *Datum:*  |

|  |
| --- |
| *Name und Vorname des* ***Zeugen****:*   |
| *Unterschrift:* | *Ort:* *Datum:*  |

Ausgefüllt in 2 Originalausfertigungen

* 1 für den Spenderkandidaten selbst
* 1 für die Akte