



Knochenmark-/ Blutstammzellspenderdatei der Uniklinik Köln

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur KNOCHENMARK-/BLUTSTAMMZELLESPENDE

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft, bei Bedarf freiwillig und unentgeltlich für einen mit mir nicht verwandten Patienten Knochenmark bzw. Blutstammzellen zu spenden. Das Informationsschreiben über die freiwillige Knochenmark- bzw. Blutstammzellspende habe ich gelesen und verstanden. Außerdem hatte ich Gelegenheit, mich mündlich zu informieren. Ich bin mir über Zweck und Vorgehensweise der Blutentnahme und Knochenmark-/Blutstammzellspende sowie über damit im Zusammenhang stehende Risiken im Klaren. Mir sind die Ausschlusskriterien von einer Knochenmark-/Blutstammzellspende bekannt und bei mir liegt keines der folgenden Leiden vor: schwere Herz-Kreislaufkrankung, schwere Lungenerkrankung, schwere Nierenerkrankung, schwere neurologische Erkrankung, schwere Stoffwechselerkrankung, schwere Infektionskrankheit, schwere Allergie, Autoimmunerkrankung, Krebserkrankung. Ich sichere zu, dass ich keiner Risikogruppe für die Übertragung von schweren Infektionskrankheiten wie Leberentzündung und AIDS (heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten, z. B. Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern, Männer die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM), männliche und weibliche Prostituierte) angehöre.

Ich bin einverstanden, dass mir ca. 10-20 ml Blut für die Bestimmung meiner Gewebemerkmale (HLA-Testung) entnommen und für eine spätere Testung eingefroren werden. Weiterhin erkläre ich mich zu den ggf. erforderlichen weiterführenden Untersuchungen (z.B. Infektionsparameter) bereit. Ich bin einverstanden, dass meine unten angegebenen persönlichen Daten und meine HLA-Gewebemerkmale unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) im EDV-System der Knochenmark-/Blutstammzellspenderdatei der Uniklinik Köln gespeichert werden.

Laut Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung – AMWHV sind wir verpflichtet, Ihre Daten bis zu dreißig Jahre zu speichern. Ich stimme einer Weitergabe meiner anonymisierten Daten an das Zentrale Knochenmarkspenderegister Deutschlands (ZKRD, Ulm), an nationale und internationale Register und suchende Einheiten zu.

Weiterhin willige ich auch der Nachforschung über das Einwohnermeldeamt durch die Knochenmark-/Blutstammzellspenderdatei der Uniklinik Köln ein.

Mein Einverständnis zur Knochenmark-/Blutstammzellspende kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich zurückziehen.

Meine persönlichen Daten werden ohne meine ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Adresse: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Ich bin telefonisch erreichbar unter:

privat: _____ **dienstlich:** _____

Mobil: _____ **E-mail:** _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

- Ich spende hier Blut, die Blutbank übernimmt die Kosten meiner Typisierung
- Ich spende kein Blut und trage die Kosten der Typisierung selbst
- Sonstiges (z. B. Sonderaktionen): _____

