



## **Einverständniserklärung für die Aufnahme in die Knochenmark-/ Blutstammzellspenderdatei der Uniklinik Köln**

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft, freiwillig und unentgeltlich, für einen mit mir nicht verwandten Patienten, bei Bedarf, 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 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, Lungen- oder Nierenerkrankung, neurologische Erkrankung, Stoffwechselstörung, Tropenkrankheit und schwere chronische Infektionskrankheit, Infektion (auch eines Sexualpartners) mit HIV, Hepatitis B oder C, HTLV, Syphilis, systemische Autoimmunerkrankung oder andere schwere chronische Erkrankung, Krebserkrankung, schwere Krankheiten des Blutes oder des Immunsystems, sowie schwere psychische Erkrankung.

Ich bin einverstanden, dass mir ca. 10-20 ml Blut oder ein Abstrich der Wangenschleimhaut für die Bestimmung meiner Gewebemerkmale (HLA-Typisierung) entnommen und diese Probe für eventuell spätere Testungen asserviert wird. Weiterhin erkläre ich mich zu den ggf. erforderlichen weiterführenden Untersuchungen (z.B. Infektionsparameter, weiterführende molekulargenetische Untersuchungen zur besseren Spenderauswahl) bereit. Ich bin einverstanden, dass meine unten angegebenen persönlichen Daten und meine HLA-Gewebemerkmale unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in der Knochenmark-/ Blutstammzellspenderdatei der Uniklinik Köln gespeichert werden. Meine persönlichen Daten werden ohne meine ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Meine Daten werden für mind. 30 Jahre laut Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung gespeichert. Ich stimme einer Weitergabe meiner pseudonymisierten Daten (Spenderspezifische Nummer: DE-COL-Nummer, Geburtsdatum, Geschlecht) an das Zentrale Knochenmarkspender-Register Deutschland (ZKRD) 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.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:** weiblich männlich

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Ich bin telefonisch erreichbar unter:**

**privat:** \_\_\_\_\_ **dienstlich:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

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