Der/die Unterzeichnete (Name, Vorname) ………………………………………………………………….. gibt seine/ihre informierte, bewusste und freiwillige Einwilligung zur Einnahme von G-CSF und der Entnahme von Stammzellen aus dem Blut für die Behandlung eines Patienten mit einer allogenen Stammzelltransplantation. 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 Stammzellen einverstanden sind. Bitte kreuzen Sie auch unten an, ob Sie mit der Aufbewahrung und der Nutzung der Stammzellen zu wissenschaftlichen Forschungszwecken einverstanden sind.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich habe die schriftlichen Informationen über das Spenden von Blutstammzellen, Knochenmark bzw. Lymphozyten aufmerksam durchgelesen und verstanden, und meine Fragen wurden probat beantwortet. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass ich für die Spende von Stammzellen keine finanzielle Vergütung enthalte. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass alle Kosten, die mit der Entnahme von Stammzellen einhergehen, vom LIKIV (Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung) oder dem ausländischen Register des Abnehmers der Stammzellen bezahlt werden. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich wurde zufriedenstellend über die Stimulierung mit G-CSF und den möglichen Nebenwirkungen davon informiert. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich wurde über das Entnahmeverfahren informiert. Es wurde mir erklärt, was eine Stammzellentnahme ist. Ich bin mir über Zweck und Art der Stammzellentnahme im Klaren. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Für weibliche Spender: Ich weiß, dass ich mich einem Schwangerschaftstest unterziehen muss und dass mir geraten wird, vor der GSF-Stimulation, vor Beginn der Patientenvorbereitung und vor der Stammzellentnahme eine Schwangerschaft zu vermeiden. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Es wurde mir erklärt, wie die Entnahme vor sich geht. | [ ]  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 |
| Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte die gespendeten Stammzellen aufbewahren und für eine allogene Stammzelltransplantation verwenden. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Mir ist bekannt, dass bei der Spenderauswahl Labortests durchgeführt werden, die an den Transplantationsarzt im Transplantationszentrum weitergeleitet werden. Dies geschieht anonym. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass ich über abnorme Ergebnisse dieser Laboruntersuchungen informiert werde. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Für den Fall, dass nach der Verabreichung von G-CSF keine ausreichenden Stammzellen im Blut auftreten, willige ich ein, dass unter Narkose und im OP eine Knochenmarkentnahme durchgeführt wird. | [ ]  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 |
| Bevor das Körpermaterial in irgendeiner Weise behandelt wurde, habe ich das Recht, „jederzeit“ meine Einwilligung zur Stammzellspende und der Nutzung derselben zurückzuziehen. Ich muss dafür keine Gründe angeben. Ich bin mir darüber bewusst, dass ein solcher Entschluss für den Patienten, für den die Stammzellen bestimmt sind, fatale Folgen haben kann. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Für den Fall, dass die Transplantation nicht erfolgreich verläuft oder Komplikationen auftreten, gebe ich meine Einwilligung, Lymphozyten zu spenden.  | [ ]  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 |
| Ich gebe den behandelnden Ärzten des Patienten, der die Transplantation erhält, meine Einwilligung, im Falle des Todes des Patienten oder wenn sein Gesundheitszustand die Transplantation nicht mehr erlaubt oder rechtfertigt, über meine abgegebenen Stammzellen oder andere hämatopoetische Zellen zu verfügen. Dazu gehört auch die Vernichtung dieser Zellen. | [ ]  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 |
| 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 |
| 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 |
| Ich weiß, dass die medizinischen Daten mit Bezug auf die Spende vom transplantierenden Arzt eingesehen werden und dass diese, wenn sie für die Transplantationen relevant sind, dem Patienten mitgeteilt werden. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich habe die Möglichkeit erhalten, zu allem, was für mich nicht völlig verständlich war, Fragen zu stellen, und bin mit den Antworten, die ich auf meine Fragen erhalten habe, zufrieden. | [ ]  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