**KONTAKTDATEN SPENDEZENTRUM**

ADRESSE SPENDEZENTRUM

Name und Vorname des Arztes

**SPENDERDATEN**

*Name und Vorname des Spenders*

*Geburtsdatum:* *Blutgruppe (wenn bekannt):*

*Nationalregisternummer / Personalausweisnummer:*  *Ethnische Zugehörigkeit*

*Vollständige Anschrift des Spenders:*

*Kontaktdaten des Spenders:*

*Tel. privat:*  *Tel. berufl.:*

*Handy:*

*E-Mail:*

*Rekrutierung:*

*durch Bekannte / Verein / Website / Blutspenderinfo / Presse / unbekannt / sonstige:*

*Ich* [ ]  *möchte zur Blut-, Plasma- oder Blutplättchenspende eingeladen werden;*

 [ ]  *möchte NICHT zur Blut-, Plasma- oder Blutplättchenspende eingeladen werden.*

 [ ]  nicht zutreffend.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende dieses Dokuments bestätigen Sie, dass Sie dieses Dokument gelesen haben. Geben Sie daher für alle nachfolgenden Aussagen an, ob Sie damit einverstanden sind oder nicht.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich möchte mich als freiwilliger Stammzellspender für einen Patienten melden, der nicht mit mir verwandt ist und in seiner Familie keinen geeigneten Spender hat. Ich willige freiwillig und aus eigenem Willen darin ein.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich habe das Infoblatt für die Registrierung freiwilliger Stammzellspender gelesen und verstanden.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen, und bin mit den erhaltenen Antworten zufrieden. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich wurde hinreichend über den Zweck, die Verfahren und die möglichen Risiken einer Entnahme von Stammzellen informiert.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass diese Entnahme aus dem Blut oder dem Knochenmark erfolgen kann. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich wurde zufriedenstellend über die Stimulierung mit G-CSF und die Narkose sowie die möglichen Nebenwirkungen davon informiert. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Für den Fall, dass nach der Gabe von G-CSF keine ausreichenden Stammzellen im Blut auftreten, willige ich ein, dass bei mir unter Narkose und im OP eine Knochenmarkentnahme durchgeführt wird. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass im Fall einer Narkose eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus für eine Dauer von 36 bis 48 Stunden erforderlich sein kann. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich erkläre mich einverstanden, dass eine Gewebetypisierung an meinem Blut durchgeführt wird und die Daten der Typisierung in der nationalen Datenbank für freiwillige Stammzellspender (MDPB-R) gespeichert werden.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich gestatte dem Register und dem Spendezentrum, meine Daten anonym für die Suche nach einem geeigneten Stammzellspender, für belgische und internationale Patienten, zu verwenden.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich erkläre mich mit der Erfassung, Eingabe und Verarbeitung der mich betreffenden Daten durch Personen, die der beruflichen Schweigepflicht unterstellt sind, einverstanden. Diese Daten bleiben streng vertraulich, und ihre Verwendung für wissenschaftliche Zwecke erfolgt in anonymer Form. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich erkläre mich einverstanden, dass die Daten meiner Gewebetypisierung für den Fall verwendet werden, dass das Bluttransfusionszentrum für einen Patienten gewebeidentische Blutplättchen benötigt. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wenn ich mit Hinblick auf eine Spende für einen Patienten ausgewählt werde, weiß ich, dass zusätzliche Untersuchungen durchgeführt werden, um unsere HLA-Kompatibilität zu bestimmen und um festzustellen, ob ich mit bestimmten Viren infiziert bin.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass einige Wochen vor der Stammzellentnahme eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wird, bestehend aus Anamnese, klinischer Untersuchung und einer Blutabnahme, u. a. um anhand von Bluttests Infektionen auszuschließen. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich bin über die Existenz von Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis) und ihre Übertragung vom Spender auf den Patienten informiert. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass ich bei einem abweichenden Ergebnis informiert werde und dem transplantierenden Arzt und dem Patienten alle Ergebnisse mitgeteilt werden.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass ich das Recht habe, „jederzeit“ meine Einwilligung zur Spende von Stammzellen zurückzunehmen, ohne Gründe dafür angeben zu müssen. Ich bin mir darüber bewusst, dass ein solcher Entschluss in den Tagen vor der Entnahme für den Patienten, für den die Stammzellen bestimmt sind, fatale Folge haben kann. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Für den Fall einer endgültigen oder vorübergehenden Rücknahme meiner Kandidatur oder bei einer Adressänderung verpflichte ich mich, das Spendezentrum unter der obigen Adresse zu benachrichtigen. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass in wenigen Fällen einige Wochen, Monate oder Jahre nach der ersten Entnahme eine zweite Entnahme (von Stammzellen oder Lymphozyten) verlangt werden kann.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass Stammzellen künftig auch für andere Anwendungen als Stammzelltransplantationen verwendet werden können, u. a. in der regenerativen Medizin, und dass dafür ein eigenes Einwilligungsformular nötig ist. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Die Kosten für die Eintragung und die Gewebetypisierung werden vollständig vom Laboratorium getragen.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass ich für die Spende von Stammzellen oder Lymphozyten keine finanzielle Vergütung enthalte. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass für jeden Spender, der Stammzellen spendet, eine Versicherung abgeschlossen wird, die eventuelle Körperschäden als Folge der Spende abdeckt. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass Informationen über den Patienten, für den ich Zellen spende, nur anonym und mit Zustimmung des belgischen Registers, des Patienten selbst und des Transplantationszentrums mitgeteilt werden dürfen. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich weiß, dass die Zellen in Ausnahmefällen eingefroren werden und solange aufbewahrt werden, wie noch eine Indikation besteht, sie später dem Patienten einzupflanzen. Wenn diese Indikation nicht mehr besteht, werden diese eingefrorenen Zellen vernichtet, ohne dass ich darüber informiert werde. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ich wurde darüber informiert, dass 1 Woche, 1 Monat und 5 Jahre nach der Stammzellspende mit mir Kontakt aufgenommen wird, um sich nach meinem Gesundheitszustand zu erkundigen und eventuell eine Blutabnahme durchzuführen.  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Außerdem weiß ich, dass ich im Alter von 60 Jahren automatisch aus dem Register gelöscht werde. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

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

[ ]  Ich habe eine Kopie des allgemeinen Infoblatts für Spender erhalten.

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

[ ]  Ich habe eine Kopie dieser Einwilligungserklärung erhalten.

***Unterschrift des Spenders*** ***Unterschrift des Arztes***

*Ort:* *Ort:*

*Datum:*   *Datum:*

Ausgefüllt in 2 Originalausfertigungen

* 1 für den Spenderkandidaten selbst
* 1 für die Akte