Der/die Unterzeichnete (Name, Vorname) ………………………………………………. gibt seine/ihre Einwilligung zur Entnahme (Spende), der Aufbewahrung und der Nutzung von Lymphozyten für eine allogene Verwendung.

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 |
| 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 |
| 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 |
| Für den Fall, dass Zellen vernichtet werden müssen, willige ich ein, dass diese Zellen zu Forschungszwecken verwendet werden. Ich kann diese Entscheidung stets rückgängig machen. | 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.

***Name und Vorname des Spenders*** ***Name und Vorname des Arztes***

*Nationalregisternummer / Personalausweisnummer:*

*Unterschrift* *Unterschrift*

*Ort:* *Ort:*

*Datum:*   *Datum:*

***Name und Vorname des Zeugen***

*Unterschrift*

*Ort:*

*Datum:*

Ausgefüllt in 2 Originalausfertigungen

* 1 für den Spenderkandidaten selbst
* 1 für die Akte