**KONTAKTDATEN SPENDEZENTRUM**

*Adresse Spendenzentrum:*

*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:*

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 stehe weiterhin für eine freiwillige Stammzellspende zur Verfügung und möchte im Knochenmarkregister registriert bleiben. | JA | NEIN |
| Ich habe die Informationen verstanden, und meine Fragen wurden probat beantwortet. | JA | NEIN |
| Ich bin bereit, im Rahmen einer freiwilligen Stammzellspende zusätzliche Blutproben abnehmen zu lassen. Die beantragten Tests werden vom Transplantationszentrum des Empfängers bestimmt. | JA | NEIN |
| Ich weiß, dass die Typisierung vertraulich behandelt wird. | JA | NEIN |
| Diese Einwilligung wird freiwillig, informiert und bewusst erteilt. | JA | NEIN |
| Ich fülle zusammen mit dem Arzt einen medizinischen Fragebogen aus, um meine körperliche Eignung als Spender erneut festzustellen. | JA | NEIN |
| Ich bestätige, dass alle Angaben in der Einwilligungserklärung zum Zeitpunkt der Eintragung im Register der freiwilligen, nicht verwandten Stammzellspender unverändert geblieben sind:   * Wenn dies nicht der Fall ist, führen Sie bitte aus:   ……………………………………………………………………………… | 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.

|  |  |
| --- | --- |
| *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:* |

Ausgefüllt in 2 Originalausfertigungen

* 1 für den Spenderkandidaten selbst
* 1 für die Akte