**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:*

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 willige ein, dass das Register und das Spendenzentrum bei der Suche nach einem geeigneten Stammzellspender für belgische oder internationale Patienten meine Daten anonym verwenden. | [ ]  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 |

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