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 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 |
| 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 |
| Ich weiß, dass bei der Spenderauswahl Laboruntersuchungen durchgeführt werden und dass ich bei einem abweichenden Ergebnis in Kenntnis gesetzt werde. Die Ergebnisse abweichender Untersuchungen werden auch an den transplantierenden Arzt und den Patienten weitergegeben. | [ ]  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.
 | [ ]  JA[ ]  JA | [ ]  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 erkläre mich einverstanden, dass die verschlüsselten Daten zu meiner Stammzellspende an nationale oder internationale Einrichtungen weitergegeben werden, die auf dem Gebiet der Stammzelltransplantation tätig sind. | [ ]  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 willige ein, dass die zur Vernichtung freigegebenen Zellen dennoch und rein zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung aufbewahrt werden. Alle wissenschaftlichen Untersuchungen werden stets einer medizinischen Ethik-Kommission zur Genehmigung vorgelegt. | [ ]  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 |

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 Spender*** ***Name und Vorname*** ***Arzt***

*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