



Rückantwort:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Diagnostik  
Institut für Transfusionsmedizin /HLA-Labor  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

Ansprechpartner

Frau Kisselmann: Tel. - 54579  
Frau Dittmer: Tel. - 54844

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich habe das Aufklärungsschreiben / Broschüre „*Knochenmark spenden, Hoffnung schaffen, Leben retten*“ gelesen und erkläre mich einverstanden, in die Knochenmarkspender-Datei aufgenommen zu werden, um bei Bedarf für einen mit mir nicht verwandten Patienten Knochenmark bzw. Blutstammzellen zu spenden.

Ich willige in die Untersuchung meiner Gewebemerkmale (HLA-Antigene) ein und stimme der Gewinnung und Lagerung meiner Erbsubstanz aus Blut- / Wangenepithelzellen zu. Sollte ich als Spender in Frage kommen, darf mein Blut zum Schutze des Patienten auf Infektionserreger untersucht werden. Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Spende von Knochenmark oder Blutstammzellen mit gewissen Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein kann. Zu meinem Schutz werden im Falle einer Knochenmarkspende weitere körperliche und medizinische Untersuchungen gemacht über die ich dann nochmals informiert und genau aufgeklärt werde.

Gleichzeitig stimme ich zu, dass meine transplantationsrelevanten, jedoch nicht meine persönlichen Daten, an das Zentrale Knochenmarkspender-Register der BRD (ZKRD) in Ulm und andere internationale Register verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben werden dürfen.

### Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr):			Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>
Adresse (Strasse, Haus- Nr.):			
PLZ:	Ort:		
Telefon privat:		Telefon dienstlich:	
Sind Sie Blutspender? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Blutspender-Ausweisnummer :	
Ich habe bereits an einer Knochenmarkspendeaktion teilgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Falls sich meine Adressdaten ändern, werde ich meine neue Anschrift mitteilen bzw. erlaube ich der Knochenmarkspenderdatei des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beim Einwohnermeldeamt diese zu erfragen. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)