



Spendereinverständniserklärung

- » Das Knochenmark- und Stammzellspender-Informationsblatt habe ich aufmerksam gelesen und verstanden.
- » Ich bin sowohl über den Vorgang als auch über die möglichen Risiken der Knochenmark- und Stammzellspende informiert worden.
- » Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe alle meine Fragen ausführlich beantwortet erhalten.
- » Zur Knochenmark- oder Stammzellspende habe ich keine weiteren Fragen mehr.
- » Ich habe den Gesundheitsfragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bin darüber aufgeklärt worden, dass diese Untersuchungen sowie die Angaben im Fragebogen wichtig sind, um das Risiko der Übertragung ansteckender Erkrankungen wie z.B. Hepatitis oder HIV auf einen Patienten so gering wie möglich zu halten – aber auch um meine eigene Gesundheit nicht zu gefährden.
- » Ich bin damit einverstanden, dass mein Gewebetyp, der sogenannte HLA-Typ, aus meinem Blut bestimmt wird und dass zu diesem Zweck DNA aus meinem Blut isoliert wird. Die DNA-Probe wird aufbewahrt, um für verfeinerte Gewebetypisierungen zur Verfügung zu stehen. Werde ich aus dem Register ausgeschlossen, z. B. aus Altersgründen, wird die DNA-Probe vernichtet.
- » Ich bin auch bereit, mir bei Bedarf Knochenmark oder Blutstammzellen entnehmen zu lassen und stimme zu, dass dann Antikörpertests auf bestimmte Viren (wie HIV, HTLV, CMV, Hepatitis-Viren) und andere Mikroorganismen z.B. Syphiliserreger und weitere, für die Spende notwendige Laboruntersuchungen durchgeführt werden.
- » Mein Einverständnis schließt die grundsätzliche Bereitschaft mit ein, für einen mit mir nicht verwandten Patienten – weltweit und vollkommen unentgeltlich – Knochenmark / Stammzellen zu spenden, wenn ich als Spender gebraucht werde.
- » Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann. Diesen Widerruf werde ich schriftlich beim Spenderzentrum einreichen.

Name in Blockschrift

.....

Geburtsdatum

.....

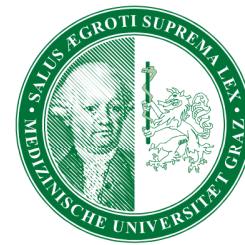
Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....





Datenschutzerklärung

Im Rahmen der Bestätigungstypisierungen zur Registrierung als potenzieller weltweiter freiwilliger Knochenmark / Stammzellspender werden persönliche Daten und medizinische Befunde erhoben. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser Daten unterliegt dem Datenschutzgesetz. Dies setzt folgende freiwillige Einwilligung voraus:

- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese, meine erhobenen Daten und medizinischen Befunde im Spenderzentrum automationsunterstützt gespeichert und ausgewertet werden.
- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten und medizinischen Befunde im Rahmen der Spendervoruntersuchung der Knochenmark / Stammzellspende an das Entnahmezentrum weitergegeben werden.
- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten und medizinischen Befunde anonymisiert unter Angabe einer internationalen Spendernummer, im Rahmen der Knochenmark / Stammzellspende an autorisierte Personen und entsprechende patientenbetreuende Institutionen in anderen Ländern weitergegeben werden.

Eine Knochenmarkspende bedeutet:

- » Speicherung der Daten bis zum 55. Lebensjahr
- » 1-stündige Operation in Vollnarkose
- » 1 bis 3 Tage Aufenthalt im Spital
- » Zirka 1 Woche Krankenstand
- » Die Abnahme einer Eigenblutkonserve

Eine Stammzellspende bedeutet:

- » Speicherung der Daten bis zum 55. Lebensjahr
- » 4 Tage lang Verabreichen von G-CSF (subkutan)
- » 1 bis 2 Apheresen, 3 bis 5 Stunden

Name in Blockschrift

.....

Geburtsdatum

.....

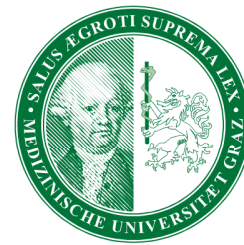
Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....





Spenderdatenstammblatt

Familienname:

Vorname:

Geschlecht: w m

Geburtsdatum (TT MM JJJJ):

Adresse:

Telefon privat:

Telefon mobil:

E-Mail:

Dienstgeber:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Weitere Kontakte, über die ich erreichbar bin (z. B. bei Adresswechsel):

Name:

Elternteil Geschwister Kinder andere Kontaktperson

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Name:

Elternteil Geschwister Kinder andere Kontaktperson

Adresse:

Telefon:

E-Mail:





GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Vorname		Nachname:	
Adresse:			
Tel Privat:		Tel Arbeit:	E-Mail:
Geburtsdatum: (Grenze für Neuaufnahme 18 – 45 Jahre)			
		Geschlecht: <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
Größe: cm		Gewicht kg	
(Grenze: 55 – 100 kg für Frauen, 60 – 110 kg für Männer)			

Allgemeine Fragen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Fühlen Sie sich gesund?	JA / NEIN
Haben oder hatten Sie jemals ernstere Erkrankungen z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsen-, Nieren-, chronische Darmerkrankung, Autoimmunerkrankungen, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Tuberkulose, Gallenleiden, Venenentzündung oder Thrombosen? Wenn ja, welche?	JA / NEIN
Hatten Sie jemals Operationen? Wenn ja, welche?	JA / NEIN
Fragen zur Narkosefähigkeit:	
Haben Sie jemals eine Narkose erhalten?	JA / NEIN
Wenn ja, gab es dabei Komplikationen? Wenn ja, welche?	JA / NEIN
Sind in Ihrer Familie Komplikationen im Rahmen einer Narkose bekannt? Wenn ja, welche?	JA / NEIN
Haben oder hatten Sie jemals eine bösartige Tumorerkrankung („Krebs“)? Wenn ja, welche?	JA / NEIN
Hatten Sie jemals einen schweren Unfall, z. B. Gehirnerschütterung, Schädel- oder Beckenbruch? Wenn ja, wann und was ist Ihnen passiert?	JA / NEIN
Hatten Sie in den vergangenen sechs Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt? Wenn ja, warum?	JA / NEIN
Haben Sie in den vergangenen sechs Monaten Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	JA / NEIN
Wurden bei Ihnen innerhalb des letzten Jahres Impfungen durchgeführt? Wenn ja, welche?	JA / NEIN
Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, wogegen? Mit Atemnot?	JA / NEIN JA / NEIN
Haben oder hatten Sie jemals Herzbeschwerden, mit dem Herz zusammenhängende	JA / NEIN





Brustschmerzen oder Atembeschwerden?	
Hatten Sie jemals ernsthafte Atemwegserkrankungen? Wenn ja, wann, welche: Asthma / Lungenentzündung Gibt es Folgeschäden?	JA / NEIN JA / NEIN
Hatten Sie jemals epileptische Krampfanfälle?	JA / NEIN
Hatten Sie jemals einen Bandscheibenvorfall?	JA / NEIN
Haben oder hatten Sie jemals psychiatrische Erkrankungen Wenn ja, wann und welche: Schizophrenie / Depressionen? Sind sie derzeit in Behandlung?	JA / NEIN JA / NEIN
Haben oder hatten Sie jemals Blutgerinnungsstörungen? Wenn ja, welche? Sind Sie derzeit in Behandlung?	JA / NEIN JA / NEIN

Fragen bezüglich ansteckender Erkrankungen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Mit dem transplantierten Knochenmark können ansteckende Erkrankungen auf den Patienten übertragen werden. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass der Spender nicht selbst an einer ansteckenden Krankheit, wie z. B. Hepatitis oder HIV leidet. Die nachfolgenden Fragen sollten mit dazu beitragen, eine Gefährdung des Patienten möglichst auszuschließen und werden jedem Knochenmark- / Stammzellspender routinemäßig gestellt.

Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Bluttransfusionen oder Blutbestandteile transfundiert erhalten?	JA / NEIN
Haben Sie sich in den vergangenen 12 Monaten tätowieren, akupunktieren, bzw. Ohr, Nase oder einen anderen Körperteil durchstechen lassen?	JA / NEIN
Wurden Sie jemals vom Blutspenden zurückgestellt? Wenn ja, warum?	JA / NEIN
Hatten sie jemals Gelbsucht, Leberkrankheiten oder einen positiven Bluttest auf Hepatitis?	JA / NEIN
Hatten Sie jemals ungeklärte nächtliche Schweißausbrüche, ungeklärtes Fieber, ungeklärte Gewichtsabnahme, länger bestehenden Husten oder Durchfall?	JA / NEIN
Hatten Sie jemals ungeklärte Hautveränderungen oder Lymphknotenschwellungen?	JA / NEIN
Hatten Sie jemals Malaria oder Tropenkrankheiten? Sind Sie in einem Malariaendemiegebiet geboren oder aufgewachsen? Wenn ja, wann und welche?	JA / NEIN
Sind Ihre Angehörigen einverstanden, dass Sie sich als Spender zur Verfügung stellen?	JA / NEIN
Waren Sie jemals einem (auch einmaligen) Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV) durch Intimpartner mit Risikoverhalten ausgesetzt? Hatten Sie Geschlechtsverkehr mit einer Person aus einem Risikogebiet (z. B. Afrika, Asien) oder aus einer Risikogruppe?	JA / NEIN JA / NEIN
Wurde bei Ihnen jemals ein Aids-Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	JA / NEIN POS / NEG





Fragen für weibliche Spender

Wie viele Kinder haben Sie? _____ Wann war Ihre letzte Schwangerschaft/Geburt? _____

Datum

Unterschrift des Spenders/der Spenderin

Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

