



## Einverständniserklärung zur Registrierung als potentieller Stammzell- bzw. Knochenmarkspender

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft, freiwillig für einen mit mir nicht verwandten Patienten Blutstammzellen bzw. Knochenmark zu spenden. Die schriftliche Information über die freiwillige Blutstammzell- / Knochenmarkspende habe ich gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Die Ausschlusskriterien für eine Registrierung als Stammzellspender/Knochenmarkspender sind mir bekannt ([www.kmsz.de/Ausschlusskriterien](http://www.kmsz.de/Ausschlusskriterien)). Ich bin einverstanden, dass mir zunächst Wangenschleimhautzellen für die Bestimmung meiner Gewebemerkmale (HLA-Testung) entnommen werden; hierzu wird auch ein Teil der Proben für spätere HLA-Testungen tiefgekühlt gelagert.

Zum Aufbau des Knochenmarkspenderregisters werden meine unten angegebenen persönlichen Daten sowie meine transplantationswichtigen Merkmale einschließlich der HLA-Gewebemerkmale unter Beachtung des Datenschutzgesetzes gespeichert. Ich stimme einem Datenaustausch mit anderen Zentren zu, wenn neben meinem HLA-Muster nur eine verschlüsselte Personenkennziffer weitergegeben wird. Außerdem erteile ich meine Einwilligung zur Nachforschung über das Einwohnermeldeamt durch die Knochenmarkspender-Zentrale (KMSZ). Ich bin damit einverstanden, dass Sie auch per Mail mit mir Kontakt aufnehmen.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

Name										Vorname									

Geburtsdatum					Weiblich <input type="checkbox"/>					Männlich <input type="checkbox"/>				

*(Eine Registrierung als Stammzellspender ist nur bis zu einem Alter von 55 Jahren möglich!)*

Straße															Hausnummer														

PLZ										Ort									

Telefon mobil															Email-Adresse														

Telefon privat (Vorwahl/Rufnummer)															dienstlich(Vorwahl/Rufnummer)														

\_\_\_\_\_  
 (Ort/Datum)

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