



Einverständniserklärung für verwandte und unverwandte Spenderinnen und Spender von Lymphozyten

NAME: VORNAME:

GRID / RELATED-ID:

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich eine passende Spenderin, ein passender Spender für eine Patientin oder einen Patienten bin, die oder der eine Transfusion von Lymphozyten benötigt und dass diese Therapie zur Heilung der Patientin, des Patienten beitragen kann. Ich erkläre mich bereit, freiwillig Lymphozyten für diese Patientin oder diesen Patienten zu spenden. Insbesondere bestätige ich folgende Punkte:

- Ich wurde mündlich und schriftlich über die Spende von Lymphozyten aufgeklärt.
- Ich wurde mündlich und schriftlich über die möglichen Nebenwirkungen und Risiken der Spende von Lymphozyten informiert.
- Ich habe die Spenderinformationen* gelesen und den Inhalt verstanden.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet und ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich wurde über die geplanten Untersuchungen im Hinblick auf die Spende (insbesondere auf Infektionen, wie HIV, Hepatitis, Syphilis und wenn zutreffend Schwangerschaftstest) aufgeklärt.
- Ich wurde auf mein Recht zur Einsicht der Untersuchungsergebnisse aufmerksam gemacht.
- Ich bin mir bewusst, dass die in den Spenderinformationen genannten Anweisungen (z.B. Spendetauglichkeit, Information bei gesundheitlichen Veränderungen) einzuhalten sind. Im Interesse meiner Gesundheit kann mich die Spendeärztin, der Spendearzt jederzeit von der Spende ausschliessen.
- Ich verpflichte mich insbesondere meine Spendeärztin, meinen Spendearzt unverzüglich über allfällig auftretende Gesundheitsschädigungen und über zusätzliche Medikamente, die ich einnehme, zu informieren.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass mir das Recht zusteht, die vorliegende Einwilligung zu verweigern oder eine einmal erteilte Zustimmung zu einem späteren Zeitpunkt zu widerrufen. Daraus ergeben sich keine Nachteile für mich, jedoch sind bei der vorgesehenen Patientin oder beim vorgesehenen Patienten meiner Lymphozyten schwere Gesundheitsschäden möglich, wenn keine Lymphozyten transfundiert werden können.
- Ich stelle meine Lymphozyten kostenlos zur Verfügung. Diese Lymphozyten werden ausschliesslich für die Behandlung der vorbestimmten Patientin, des vorbestimmten Patienten im In- oder Ausland eingesetzt.
- Ich bin damit einverstanden, dass ein Teil der Spende in flüssigem Stickstoff eingefroren wird, um später bei Bedarf der Patientin, dem Patienten zur Verfügung zu stehen.
- Ich bin darüber informiert worden, dass einzelne Blutproben über lange Zeit über die Spende hinaus aufbewahrt werden, um später auftauchende Fragen in Zusammenhang mit dieser konkreten Transplantation zu beantworten, welche unmittelbar für die Patientin, den Patienten wichtig sind.

* «Spenderinformationen für unverwandte Spenderinnen und Spender von Blutstammzellen» resp.
«Spenderinformationen für verwandte Spenderinnen und Spender von Blutstammzellen»



- Mir wurde erklärt, dass nach der Transplantation bei der Patientin, beim Patienten genetische Untersuchungen durchgeführt werden, um das Anwachsen der neuen Blutstammzellen zu kontrollieren oder auch um ein eventuelles Wiederauftreten der Krankheit nachzuweisen. Dabei ergeben sich in sehr seltenen Fällen Resultate, die möglicherweise für mich und meine Angehörigen relevant sein könnten. Blutspende SRK Schweiz AG wird mich entsprechend informieren, falls solche Resultate bekannt werden. In einem solchen Fall möchte ich über die Resultate:
 - ☐ auf jeden Fall informiert werden
 - ☐ informiert werden, falls die Resultate für die Gesundheit von Bedeutung sind, gemäss aktuellem Stand des medizinischen Wissens
 - ☐ in keinem Fall informiert werden

Bitte kreuzen Sie eine der drei Optionen für die Information zu allfälligen Resultaten an.

- Ich bin mir bewusst, dass im Rahmen des Transplantationsgesetzes und seiner Verordnungen in der Schweiz alle Spenderinnen und Spender, welche Lymphozyten gespendet haben, bis 10 Jahre nach der Spende nachkontrolliert werden.
- Mir wurde erklärt, dass die Möglichkeit besteht, dass ich später angefragt werde, für die gleiche Patientin oder den gleichen Patienten erneut entweder Knochenmark, periphere Blutstammzellen oder Lymphozyten zu spenden.
- Ich bin mir bewusst, dass in der Schweiz bei der **unverwandten** Spende zwischen Spenderin, Spender und Patientin, Patient anonymität besteht
- Ich bestätige, dass mir erklärt wurde, keine Ansprüche gegenüber der Patientin oder dem Patienten, deren Familien und dem behandelnden Ärzteteam stellen zu können. Andererseits können auch mir gegenüber keine zusätzlichen Begehren gestellt werden.

Blutspende SRK Schweiz AG unterliegt dem Schweizerischen Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG). Mir wurde erklärt, dass im Rahmen der Vorbereitung für die Spende meine Daten in pseudonymisierter Form (Ersatz des Namens durch eine mehrstellige Zahlenkombination) national und international verwendet werden, d.h. auch in Ländern, welche nicht über ein der Schweiz vergleichbares Datenschutzrecht verfügen und in denen die Datensicherheit nicht gleichermassen gewährleistet ist. Diese Daten beinhalten eine Spender-Identifikationsnummer, Geschlecht, Geburtsdatum sowie Angaben über meinen Gesundheitszustand und meine Gewebemerkmale. Weitere Informationen zum Datenschutz finde ich unter www.blutstammzellspende.ch/datenschutz (QR Code: siehe unten). Bei Fragen kann ich mich jederzeit auch an datenschutz@blutspende.ch wenden.

- Mit meiner Unterschrift stimme ich der Übermittlung meiner oben genannten persönlichen Daten an internationale Datenempfänger zum beschriebenen Zweck zu.



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

SWISS BLOOD STEM CELLS

Blutspende SRK Schweiz AG
Tel. +41 (0)31 380 81 81
tx-coordination@blutspende.ch
www.blutspende.ch

Ich erkläre hiermit, dass ich bereit bin, freiwillig Lymphozyten zu spenden.

UNTERSCHRIFT SPENDERIN / SPENDER:

bei Minderjährigen: Eltern oder gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter

.....

ORT, DATUM:

- Die Zustimmung der zuständigen Ethikkommission liegt bei minderjährigen Spendenden vor (falls entsprechende Regelung zutrifft)

UNTERSCHRIFT ZUSTÄNDIGE ÄRZTIN / ARZT (Name in Blockschrift, Unterschrift):

.....

ORT, DATUM:

Weitere Informationen zu den Datenschutzbestimmungen:



www.blutstammzellspende.ch/datenschutz