



Einverständniserklärung für die Nabelschnurblutspende Öffentliche Nabelschnurblutbank

Ich erkläre mich bereit, freiwillig das Nabelschnurblut meines Kindes für die Einlagerung in einer öffentlichen Nabelschnurblutbank zu spenden. Die Blutstammzellen aus diesem Nabelschnurblut können für die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im In- oder Ausland verwendet werden, die oder der eine Transplantation von Blutstammzellen benötigt.

Insbesondere bestätige ich folgende Punkte:

- Ich habe das **Informationsblatt für die Nabelschnurblutspende - Öffentliche Nabelschnurblutbank** gelesen und den Inhalt verstanden. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen, und alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, eine Entscheidung zu treffen.
- Ich bin mir bewusst, dass die im Informationsblatt genannten Voraussetzungen und Anforderungen (z. B. Spendetauglichkeit oder Mitteilung aller gesundheitlichen Veränderungen) erfüllt werden müssen und bin damit einverstanden.
- Ich wurde über die notwendigen Untersuchungen (insbesondere auf übertragbare Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis B, C und E, Syphilis) aufgeklärt und bin einverstanden, dass mir zu diesem Zweck in der Zeit zwischen sieben Tage vor bis sieben Tage nach Geburt eine Blutprobe entnommen wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass für die HLA-Typisierung eine Probe des Nabelschnurblutes entnommen wird.
- Ich habe das Informationsblatt «Hämoglobinopathie-Test» gelesen und den Inhalt verstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Bedarfsfall, vor der Freigabe des Nabelschnurblutes an das Transplantationszentrum, an einer Nabelschnurblutprobe meines Kindes ein genetischer Test durchgeführt wird, um das Vorhandensein oder die Absenz einer Hämoglobinopathie zu bestätigen.
- Ich wurde auf mein Recht zur Einsicht der Untersuchungsergebnisse hingewiesen.
- Ich sage zu, der Geburtsklinik alle relevanten Veränderungen meiner Gesundheit mitzuteilen, die Auswirkungen auf meine Spendetauglichkeit haben könnten. Ich verpflichte mich, die Geburtsklinik unverzüglich zu informieren, falls ich in den nächsten Tagen oder kurz nach der Geburt erkrankte oder eine enge Kontaktperson oder mein Kind erkrankt.
- Ich verpflichte mich ebenfalls, die Nabelschnurblutbank und/oder die Geburtsklinik darüber zu informieren, wenn später in meinem Leben oder im Leben meines Kindes gesundheitliche Veränderungen auftreten sollten, die Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der eingelagerten Nabelschnurbluteinheit (Cord Blood Unit, CBU) haben könnten oder die sich möglicherweise auf die Empfängerin, den Empfänger auswirken könnten.
- Ich wurde informiert, dass im Falle einer Transplantation des gespendeten Nabelschnurblutes einzelne Blutproben nach der Transplantation über lange Zeit aufbewahrt werden, um allfällige im Zusammenhang mit dieser konkreten Transplantation später auftauchende Fragen zu beantworten, die für die Empfängerin, den Empfänger wichtig sein könnten.



- Mir wurde erklärt, dass nach einer Transplantation bei der Empfängerin, beim Empfänger genetische Untersuchungen durchgeführt werden, um das Anwachsen der transplantierten Blutstammzellen zu überwachen oder um die Entwicklung der ursprünglichen Krankheit zu verfolgen. In seltenen Fällen können diese Untersuchungen zu Ergebnissen führen, die für mich oder mein Kind relevant sein könnten. Die Nabelschnurblutbank wird mich informieren, falls sie von solchen Untersuchungsergebnissen in Kenntnis gesetzt wird und wenn sie vom Gesetz dazu verpflichtet ist.
- Um sicherzustellen, dass die Eltern/das Kind kontaktiert werden können, wenn Testergebnisse vorliegen, werden die Eltern gebeten, die Nabelschnurblutbank oder die Geburtsklinik über Änderungen ihrer Kontaktdaten zu informieren.
- Ich bin einverstanden, dass Blutspende SRK Schweiz AG und die von ihr ermächtigten Laboratorien das Probematerial und die HLA-Daten dazu nutzen dürfen, um die HLA-Variabilität der Bevölkerung und die Verteilung der verschiedenen HLA-Kombinationen statistisch zu analysieren. Dafür werden meine Daten in anonymisierter Form verwendet. Diese Analysen sind für mich und mein Kind mit keinen Risiken verbunden.
- Mir ist bekannt, dass ich bis zur Geburt meines Kindes das Recht habe, mein Einverständnis zur Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes zu widerrufen.
- Ich stelle die Blutstammzellen meines Kindes uneingeschränkt zur Verfügung.
- Ich stimme zu, dass ich durch die freiwillige Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes das Eigentum an der gespendeten Nabelschnurbluteinheit an die öffentliche Nabelschnurblutbank übertrage.
- Ich bin einverstanden, dass meine Daten und die Daten meines Kindes in pseudonymisierter Form in die Datenbank von Blutspende SRK Schweiz AG aufgenommen werden. Nur autorisiertes Personal, das der beruflichen Schweigepflicht unterliegt, hat Zugang zu den gesammelten Daten.

Blutspende SRK Schweiz AG unterliegt dem Schweizerischen Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG). Mir wurde erklärt, dass im Rahmen der Suche nach einer unverwandten Spenderin von Nabelschnurblut für einen Patienten / eine Patientin, Daten von mir und meinem Kind in pseudonymisierter Form 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 Nabelschnurblut-Identifikationsnummer, Angaben über meinen Gesundheitszustand sowie das Geschlecht, Geburtsdatum und die Gewebemerkmale des Kindes. Weitere Informationen zum Datenschutz finde ich unter www.blutstammzellspende.ch/de/datenschutz-blutstammzellspende (QR Code: siehe unten). Bei Fragen kann ich mich jederzeit auch an datenschutz@blutspende.ch wenden.

Weitere Informationen zu den Datenschutzbestimmungen:





Ich habe alle oben genannten Informationen verstanden. Ich bin damit einverstanden, das Nabelschnurblut meines Kindes für die Einlagerung in der öffentlichen Nabelschnurblutbank zu spenden. Insbesondere bin ich mit der Entnahme, Verarbeitung, Untersuchung und langfristigen Einlagerung der Nabelschnurbluteinheit und der damit verbundenen Daten und Dokumente einverstanden. Des Weiteren stimme ich der Übermittlung der oben genannten persönlichen Daten an internationale Datenempfänger zum beschriebenen Zweck zu.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Blutstammzellen meines Kindes, falls sie nicht zur Einlagerung für eine Transplantation geeignet sind, in pseudonymisierter Form für folgende Zwecke verwendet werden:

- Für Forschungszwecke (die von der zuständigen Ethikkommission genehmigt wurden)

Ja Nein

- Für Qualitätskontrollen in der Nabelschnurblutbank

Ja Nein

Mutter:

Name: Vorname:

Geburtsdatum (TT MM JJJJ):

Datum: Unterschrift:

Vater (fakultativ):

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift:

Bestätigung des in der Nabelschnurblutspende geschulten medizinischen Personals:

Ich bestätige, dass ich die Mutter über das Wesen und die Bedeutung einer Nabelschnurblutspende aufgeklärt habe.

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift:

