

## »BIOBANK der Blutspender« – Einverständniserklärung

Spender-ID \_\_\_\_\_

Name (in Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_

**Ja**, ich möchte an der »BIOBANK der Blutspender« teilnehmen.

**Nein**, ich möchte nicht an der »BIOBANK der Blutspender« teilnehmen.

Die Teilnehmerinformation zur »BIOBANK der Blutspender« habe ich gelesen und verstanden. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden und ich habe keine Fragen mehr.

**Ich willige ein, dass**

- **meine beim Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes (BSD/BRK) vorhandenen Proben (d. h. nicht die gesamte geleistete Blutspende) und Daten zum Zwecke der medizinischen Forschung genutzt werden können.**
- **meine Materialien und Daten damit für verschiedene medizinische Forschungszwecke verwendet werden dürfen. Die Verarbeitung erfolgt pseudonymisiert (mein Name wird durch eine Nummer ersetzt).**
- **die Aufbewahrung und Nutzung meiner Proben und Daten in der »BIOBANK der Blutspender« zeitlich unbefristet ist.**
- **Beauftragte des BSD/BRK und der zuständigen Überwachungsbehörden Einblick in meine Daten nehmen dürfen, um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen.**

Ich habe jederzeit das Recht, diese Einwilligung auch ohne Angabe von Gründen zu widerrufen und die Vernichtung nicht verbrauchter Materialien zu verlangen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

bitte wenden »





**Bitte ergänzen Sie nachfolgende Daten zu Ihrer Person:**

**Vorname, Name** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer** \_\_\_\_\_

**PLZ, Wohnort** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

Ich bin derzeit gesund und aktiver Blutspender beim Blutspendedienst des BRK.

Ich bin an \_\_\_\_\_ erkrankt, darf aber dennoch Blut spenden.

Ich bin damit einverstanden, dass mich der Blutspendedienst / BRK auch zukünftig kontaktiert, um bei Bedarf weitere Daten zu erheben.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

