

»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 darf leider nicht mehr Blut spenden, weil ich an einer der nachfolgend genannten Krankheiten leide. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Erkrankung an und geben Sie die genaue Krankheitsbezeichnung an (z. B. Hautkrebs oder Herzinfarkt).

Bitte ankreuzen	Erkrankung	genaue Krankheitsbezeichnung
<input type="checkbox"/>	Krebs	_____
<input type="checkbox"/>	ZNS-Erkrankung	_____
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	_____
<input type="checkbox"/>	Gefäßerkrankung	_____
<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit / Diabetes	_____
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	_____
<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	_____
<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung / Asthma	_____
<input type="checkbox"/>	Allergien	_____
<input type="checkbox"/>	Fieberhafter Rheumatismus	_____
<input type="checkbox"/>	Magen- / Darmerkrankung	_____
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	_____
<input type="checkbox"/>	sonstige	_____

Ich bin damit einverstanden, dass der Blutspendedienst / BRK meinen behandelnden Arzt bezüglich meiner hier angegebenen Erkrankung kontaktiert und entbinde ihn hiermit diesbezüglich von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Name und Adresse meines Arztes lauten:

Titel, Vorname, Name _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Wohnort _____
Telefonnummer _____

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

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

