



»BIOBANK der Blutspender« – Einwilligung

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

- **mein beim Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes (BSD/BRK) vorhandenes Restprobenmaterial von früher geleisteten Blutspenden und vorhandene 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 »



Haben sich Ihre Daten geändert?

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer (freiwillig) _____

E-Mail (freiwillig) _____

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

Krebs

ZNS-Erkrankung

Lebererkrankung

Gefäßerkrankung

Zuckerkrankheit / Diabetes

Nierenerkrankung

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Lungenerkrankung / Asthma

Allergien

Fieberhafter Rheumatismus

Magen- / Darmerkrankung

Bluthochdruck

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. (wenn nicht gewünscht, bitte durchstreichen)

Datum: _____

Unterschrift: _____

