

Bitte zurücksenden an:

Herrn Prof. Dr. med. Peter Horn
Institut für Transfusionsmedizin und FuE
Universitätsklinikum Essen
Virchowstr. 179
45147 Essen

**Rückfragen:**

Sabine Riebschläger
Tel.: 0201/723-4203
Fax: 0201/723-5744
sabine.riebschläger@uk-essen.de

Einwilligungserklärung

Ich,

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

willige ein, dass das Institut für Transfusionsmedizin, Universitätsklinikum Essen, über das Zentrale Knochenmarkspender-Register für die Bundesrepublik Deutschland gemeinnützige GmbH (ZKRD) für

☐ mich ☐ mein Kind (Name, Vorname, Geb.-Datum) _____

im In- und Ausland nach einem nicht verwandten Blutstammzellspender sucht. Ich wurde von dem behandelnden Arzt über die Durchführung und Risiken einer Blutstammzelltransplantation mit einem nicht verwandten Spender aufgeklärt. Ich wurde über die Notwendigkeit und den Umfang der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten/der Daten meines Kindes im Rahmen einer Spendersuche aufgeklärt.

Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Suche und der eventuell folgenden Koordination der Transplantation meine personenbezogenen Daten/die Daten meines Kindes im ZKRD in schriftlicher und elektronischer Form gespeichert werden. Diese Daten können in dem im Rahmen einer Spendersuche und Transplantationskoordination notwendigen Umfang an andere beteiligte Institutionen im In- und Ausland, ggf. auch außerhalb der EU, in schriftlicher und elektronischer Form weitergegeben werden. Die abrechnungsrelevanten Daten werden an verbundene Unternehmen übermittelt.

Das ZKRD wird ermächtigt, alle im Rahmen der Spendersuche und ggf. Transplantationskoordination anfallenden Kosten direkt mit den jeweiligen Kostenträgern (Krankenkasse/Krankenversicherung/Sonstiger) abzurechnen und die dafür erforderlichen Informationen weiterzugeben. Dazu zählt insbesondere die Weitergabe ärztlicher Gutachten oder ähnlicher der ärztlichen Schweigepflicht unterliegenden Informationen zur Erwirkung der Kostenübernahme für die Spendersuche. Im Gegenzug wird der Kostenträger ermächtigt, Rückfragen bezüglich der nicht verwandten Spendersuche und Transplantation und deren Abrechnung zu beantworten sowie Kostenzusagen (einschließlich Unterlagen/Refinanzierungszusagen) direkt an das ZKRD zu richten.

Kostenträger: _____

Straße, PLZ Ort: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsart: ☐ gesetzlich ☐ Privat ☐ privat + Beihilfe ☐ privat Basistarif ☐ andere

Sollte dieser Kostenträger Erstattungsbeiträge an mich selbst überweisen, werde ich die Gelder unverzüglich an das ZKRD weiterleiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

Nur für Privatversicherte: _____

Unterschrift des Vertragspartners der privaten Krankenversicherung

Nur eine vollständig ausgefüllte Einverständniserklärung kann bearbeitet werden.