

Hier bitte  
Barcode  
aufkleben

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Bitte ausgefüllt und unterschrieben mit dem Spenderset zurückschicken



\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße/Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon Privat

\_\_\_\_\_  
Telefon Geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
Fax

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

Geschlecht: weiblich  männlich

Ich habe die Einverständniserklärung auf der Rückseite (bitte wenden) gelesen und möchte Stammzellspender in der Spenderdatei der Stiftung Aktion Knochenmarkspende Bayern werden.

Ich erhalte, nachdem das Material (die Probe) bei der Stiftung AKB eingegangen ist, eine Begrüßungs-E-Mail. Den Text der Einverständniserklärung finde ich auch auf der AKB Homepage unter Downloads/Einverständniserklärung.

Wende Dich bei Fragen bitte an die:  
Stiftung Aktion Knochenmarkspende Bayern

Robert-Koch-Allee 23  
D-82131 Gauting

**Tel.: 089 - 89 32 66 28**

**Fax: 089 - 89 32 66 29**

info@akb.de  
www.akb.de

Bitte teile uns Deine Adressänderung immer über unsere Website [www.akb.de](http://www.akb.de) oder via E-mail an [info@akb.de](mailto:info@akb.de) mit, nur so können wir Dich als Spender schnell erreichen!

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

## **Einverständniserklärung zur Registrierung**

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft, mich als freiwilliger Stammzellspender in die weltweit vernetzte Datei der Stiftung Aktion Knochenmarkspende Bayern aufnehmen zu lassen. Die Voraussetzungen für die Aufnahme habe ich geprüft. Diese werden aktuell durch mich erfüllt. Mir ist bekannt, dass zum Zweck der Registrierung eine Bestimmung meiner Gewebemerkmale mit molekulargenetischem Verfahren durchgeführt werden muss. Auch der CMV-Status (Immunität gegen das Cytomegalievirus), sowie die Blutgruppe werden bestimmt (nur möglich bei einer Blutentnahme). Mir ist bekannt, dass dazu ein Wangenabstrich oder eine Blutentnahme notwendig ist. Mir ist bekannt, dass nach der Untersuchung eine Rückstellprobe aus diesem Material gewonnen und für weitergehende Untersuchungen verwendet werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass die Stiftung AKB über die Einwohnermeldeämter versuchen wird, meine neue Anschrift nach einem Umzug zu erfahren. Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank der Stiftung AKB gespeichert werden. Die Gewebemerkmale und ggfs. weitere wichtige Laborbefunde (s.o.) werden in pseudonymisierter Form (nur mit meiner Spendernummer ohne meine persönlichen Daten) an das Zentrale Knochenmarkspenderregister Deutschland (ZKRD) weitergeleitet und damit auch an das weltweite Spenderregister. Ich bin damit einverstanden, dass die Stiftung AKB mich regelmäßig per E-Mail (alle 1-2 Jahre) um eine Aktualisierung meiner Adressdaten bittet. Die AKB ist durch einen Vertrag mit den Krankenkassen verpflichtet, ihren Datenbestand regelmäßig zu aktualisieren. Über die Bereitschaft zur eigentlichen Stammzellspende werde ich erneut im Falle der Anforderung als Spender im Rahmen einer ausführlichen Voruntersuchung befragt und muss diese dann gesondert bestätigen. Mir ist weiterhin bekannt, dass meine Daten an meinem 61. Geburtstag gelöscht werden müssen.

### **Widerrufsrecht der Einwilligung**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die oben genannten personenbezogenen Daten erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung der oben genannten Vorgänge genutzt. Meine Einwilligung hierüber erfolgt freiwillig. Meiner Einwilligung kann ich jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch kann formlos per Email, per Post oder per Fax erfolgen.