

Anamnesebogen

Die gewissenhafte, vollständige und möglichst unbeaufsichtigte Beantwortung dieser Fragen (max. 48 h vor Entbindung) ist zur anschließenden Freigabe des gespendeten Nabelschnurblutes unbedingt erforderlich.

Sollten Sie weitere Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft unter: 0351/ 250966 0.

Jede mit Ja beantwortete Frage bedarf der zusätzlichen Klärung hinsichtlich Art der Erkrankung, Zeitpunkt, Dauer und Einnahme von Medikamenten. Bitte nutzen Sie hierfür auch das Feld „Bemerkungen“ auf Seite 3.

Mutter (wenn möglich, Aufkleber)

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

ANAMNESE DER MUTTER

Zutreffendes bitte ankreuzen! Vertrauliche Angaben können Sie gegenüber dem Arzt persönlich machen.

1. Hatten Sie innerhalb der letzten 4 Wochen <ul style="list-style-type: none"> • einen Infekt (z. B. Erkältung, Durchfallerkrankung) Wenn ja: Was? _____ Wann? _____ mit Fieber <input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja • Medikamente genommen, Spritzen bekommen? Wenn ja: Was genau? _____ • Kontakt zu Infektionskranken (z. B. Röteln, Masern, Mumps)? 	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Tollwutimpfung oder in den letzten 4 Wochen eine Hepatitis-B-Impfung oder Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Varizellen, Masern, Mumps, Röteln, Cholera) erhalten? Wenn ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. Erhielten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur, die nicht unter sterilen Bedingungen mit Einmalnadeln durchgeführt wurde, eine Tätowierung oder andere kosmetische Eingriffe mit Haut- oder Schleimhautverletzung (z. B. Ohrlöcher, Piercings, transdermale Implantate, Cutting, Branding, permanentes Make-Up)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Kontakt zu an Gelbsucht/Hepatitis- oder Tuberkulose-Erkrankten, z.B. innerhalb der häuslichen Lebensgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
5. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Kontakt zu Blut einer anderen Person, z.B. über eine offene Wunde, über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z.B. Injektionsnadel)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
6. Wurde bei Ihnen jemals HIV, Hepatitis A/B/C/D/E, AIDS oder HTLV 1/2 festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
7. Gehören Sie oder Ihr Partner in den letzten 4 Monaten zu einem besonders HIV-/Hepatitis-infektionsgefährdeten Personenkreis* (*siehe Tabellenende) oder hatten Sie oder Ihr Partner in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt mit einer zu diesem Kreis gehörigen Person? Haben Sie in den letzten 4 Monaten eine medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
8. Befinden Sie sich in Haft oder sind Sie innerhalb der letzten 4 Monate aus der Haft entlassen worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
9. Hatten Sie oder Ihr Partner in den letzten 4 Monaten intimen Kontakt mit Personen aus Afrika südlich der Sahara, der Karibik, Südostasien oder Südamerika?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
10. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Blut, Blutprodukte oder Sera tierischen Ursprungs erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
11. Haben Sie jemals ein Transplantat menschlichen Ursprungs (z. B. Stammzellspende, Eizellspende, Samenzellspende), tierischen Ursprungs (z. B. Xenotransplantat) oder Frischzellen tierischen Ursprungs erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
12. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Operationen, Endoskopien (Spiegelungen), Katheteranwendungen (Ausnahme: Einmalkatheter), Unfälle? Wenn ja: Was und wann genau? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
13. Hatten Sie in der letzten Woche eine kleine Operation oder Zahnextraktion? Wenn ja: Was genau? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
14. Haben Sie zurzeit eine offene Wunde, einen Abszess oder eine Hautinfektion? Wenn ja: Was genau? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
15. Sind oder waren Sie drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

16. Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland? Wenn ja: Wo und wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
17. Sind Sie in einem Malaria-Endemiegebiet geboren, aufgewachsen oder haben Sie sich jemals länger als 6 Monate in einem aufgehalten? Wenn ja: Wo und wann war Ihr letzter Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
18. Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten in einem Malaria-Endemiegebiet aufgehalten? Wenn ja: Wo? Erhielten Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
19. Wurde bei Ihnen während der Schwangerschaft eine Zika-Virus-Infektion festgestellt? Sind Sie während der Schwangerschaft in ein Risiko-Endemiegebiet für das Zika-Virus gereist bzw. haben sich in einem aufgehalten? Hatten Sie während dieser Schwangerschaft sexuellen Kontakt mit einer Person, bei der in den letzten 6 Monaten vor dem sexuellen Kontakt eine Zika-Virus-Infektion festgestellt wurde bzw. die sich in den letzten 6 Monaten vor dem sexuellen Kontakt in einem Zika-Virus-Endemiegebiet aufgehalten hat?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
20. Wurde bei Ihnen in den letzten 4 Wochen eine West-Nil-Virus-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
21. Ist bei Ihnen, dem Kindsvater oder in Ihrer beider Verwandtschaft eine Transmissible Spongiforme Enzephalopathie (TSE), z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder der Verdacht auf eine TSE aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
22. Haben oder hatten Sie Krebserkrankungen, Tumoren, Herz-/Gefäßkrankungen, Bluthochdruck (medikamentös behandelt), Allergien, rheumatisches Fieber, Tuberkulose, Salmonellen-Infektionen als Dauerausscheider (Typhus, Paratyphus), Borreliose, Toxoplasmose, Q-Fieber, Tropenkrankheiten (Malaria, Fleckfieber, Babesiose, Trypanosomiasis, Leishmaniose, Tularämie, Lepra, Brucellose, Rückfallfieber, Rickettsiose, Melioidose etc.), Geschlechtskrankheiten (Tripper, Syphilis, Ulcus molle, Lymphopathia venerea etc.)? Wenn ja: Was bzw. wann genau?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
23. Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Blutes, der Lymphknoten, der Nerven (z.B. Krampfanfälle), der Nieren, der Schilddrüse, der Lunge/Bronchien, der Knochen (z.B. Osteomyelitis), der Leber, des Magen-Darmtraktes, des Urogenitaltraktes, des Zentralnervensystems? Wenn ja: Was bzw. wann genau?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
24. Ist bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung oder Stoffwechselerkrankung wie z. B. Diabetes (Zuckerkrankheit) bekannt? Wenn ja: Was und seit wann? Benötigen Sie Medikamente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
25. Traten bei Ihnen schwere Komplikationen während der Schwangerschaft auf oder gibt es Hinweise auf Fehlbildungen, chromosomale Störungen oder schwere Erkrankungen des Ungeborenen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
26. Hatten Sie während der Schwangerschaft oder haben Sie derzeit akute Infektionen? Wenn ja: Welche und wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
27. Hatten oder haben Sie eine Hepatitis in der Schwangerschaft? Wenn ja: Welche und wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
28. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten : <input type="checkbox"/> Thrombosen <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Hautveränderungen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> ungewöhnliche Blutungen <input type="checkbox"/> Krampf-/Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasenentzündungen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> KEINE Auffälligkeiten

Bitte alle mit Ja beantworteten Fragen erläutern (ggf. Angabe von Art, Zeitpunkt, Medikamentengabe):

* Eine Person mit einem Sexualverhalten, das ein innerhalb der letzten 4 Monate deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten birgt. Dazu zählt: Sexualverkehr mit insgesamt mehr als zwei Personen, Sexualverkehr mit einer neuen Person, sofern Analverkehr praktiziert wurde, Sexualverkehr mit insgesamt mehr als einer Person, sofern Analverkehr praktiziert wurde, Sexarbeit oder Inanspruchnahme von Sexarbeit, Sexualverkehr mit einer Person, die mit HBV, HCV oder HIV infiziert ist, Sexualverkehr mit einer Person, die in einem Endemiegebiet/Hochprävalenzland für HBV, HCV oder HIV lebt oder von dort eingereist ist.

Entnahmedokumentation

vom Kreißsaal-Personal auszufüllen

Entnahmeklinik (Stempel)	Mutter (wenn möglich, Aufkleber)
--------------------------	----------------------------------

Blutgruppe/Rhesusfaktor der Mutter:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 0 / <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
Anzahl der Schwangerschaften und Geburten vor dieser:	Schwangerschaften: Geburten:
Art der Geburt: <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> prim. Sectio <input type="checkbox"/> sek. Sectio	Gestationsalter: +
Medikamenteneinnahme (24 h vor oder unter der Geburt):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Infusion/Transfusion (Vol. (ml)) (innerhalb von 48 h vor Blutentnahme der Mutter):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Vorkommnisse bei der Geburt (z. B.: Fieber (Angabe in °C), Plazenta-Abnormalitäten, Komplikationen):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Zeitpunkt der Nabelschnurblutabnahme (Uhrzeit):	
Gewicht (vaginal mind. 130 g / Sectio mind. 150 g): <small>Kein Mindestgewicht für Kliniken in Dresden</small>	g
Desinfektionsmittel Nabelschnur Charge:	Verfallsdatum:
Angaben zum Kind (Bei Zwillingen bitte eine zweite Entnahmedokumentation verwenden!)	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtszeit: Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsgewicht: g	Körperlänge: cm Apgar:
Hinweise auf chromosomale Störungen / schwere Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Zeitpunkt der Blutentnahme bei der Mutter:	Datum: Uhrzeit:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Entnahme des Nabelschnurblutes und der mütterlichen Blutproben gemäß aktuell gültiger Herstellungsanweisung (ID 290 „Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut“) sowie unter Erfüllung der räumlichen und hygienischen Voraussetzungen erfolgte, und dass das Entnahmesystem bei Verwendung optisch unversehrt war.

Bemerkungen:

Datum _____
 Name (Druckschrift oder Stempel) _____
 Unterschrift (für die Entnahme verantwortliche Person) _____

Einwilligungserklärung zur Nabelschnurblutspende

	Mutter	Vater <small>(sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse: <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>		
Telefonnummer:		
E-Mail (erwünscht):		

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur geplanten Gewinnung und Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes an die DKMS Stem Cell Bank gGmbH.

- Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.
- Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der Angaben zu Mutter, Vater und Kind und werde die DKMS Stem Cell Bank gGmbH über etwaige Adressänderungen informieren. Falls der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit meiner Adressdaten vorliegen, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim Einwohnermeldeamt einverstanden.
- Im Namen meines Kindes übertrage ich das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank gGmbH, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.
- Ich willige ein, dass das Nabelschnurblut und die entnommenen Blutproben durch das jeweils beauftragte Prüflabor auf Infektionsmarker (indirekter oder direkter Nachweis von Viren (z. B. HIV, Hepatitis, CMV), Mikroorganismen (z. B. Syphiliserreger) und Hämoglobinopathien (angeborene Erkrankung des roten Blutfarbstoffes) sowie anderen biologischen Faktoren (z. B. HLA-Merkmale)) getestet werden, um die Nabelschnurblutspende in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

- Hinsichtlich der Registrierung der Nabelschnurblutspende willige ich ein, dass die DKMS Stem Cell Bank gGmbH:
 - personenbezogenen Daten zur Identifizierung meiner Person und meines Kindes (u. a. Name, Adresse, Geburtsdatum) sowie medizinische Daten zu unserer Gesundheit sowie genetische Daten aus den o. g. Labortestungen speichert, um die Nabelschnurblutspende meines Kindes in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen, die Spenderreignung zu überprüfen und die damit verbundene Aktualisierung des Spenderprofils vorzunehmen;
 - suchrelevante Daten (z. B. Alter, Geschlecht, HLA-Merkmale) ausschließlich in pseudonymisierter Form an nationale und internationale Spenderregister für die Suche nach dem passenden Spender übermittelt;
 - meine Kontaktdaten (inkl. E-Mail, Telefon) nutzt, um mich zu kontaktieren, sollte unsere Nabelschnurblutspende für einen konkreten Patienten in Frage kommen.
- Darüber hinaus willige ich ein, dass das Klinikpersonal gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Auskunft zum medizinischen Behandlungsverlauf von mir, meinem Kind und der Geburt geben darf. Hierzu entbinde ich das Klinikpersonal von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bis zur Abgabe an einen Patienten ohne Angabe von Gründen gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH (Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden, office@dkms-stemcellbank.de) widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden - soweit keine gesetzlichen Fristen entgegenstehen - meine Daten gelöscht.
- Ich habe die weiteren Ausführungen auf dem separaten „Informationsblatt zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen.

Bitte treffen Sie in Bezug auf folgende Punkte eine individuelle Entscheidung: Sofern die Spende die Qualitätskriterien für die Verwendung für einen Patienten nicht erfüllt, willige ich ein, dass die Nabelschnurblutspende

Ja Nein für die **Qualitätssicherung in der DKMS Stem Cell Bank gGmbH** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.1 auf dem Informationsblatt).

Ja Nein für **weltweite wissenschaftliche Forschung** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.2 auf dem Informationsblatt).

Datum, Ort _____
 Name _____
(Druckschrift oder Stempel der Ärztin/des Arztes)
 Unterschrift _____
(aufklärende/r Ärztin/Arzt der Entnahmeklinik)

Datum, Ort _____
 Unterschrift _____
(Mutter)
 Unterschrift _____
(Vater, sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)

_____ Ggf. Name des/der Dolmetschers/in oder Übersetzers/in

Exemplar für die Eltern

Einwilligungserklärung zur Nabelschnurblutspende

	Mutter	Vater <small>(sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse: <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>		
Telefonnummer:		
E-Mail (erwünscht):		

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur geplanten Gewinnung und Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes an die DKMS Stem Cell Bank gGmbH.

- Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.
- Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der Angaben zu Mutter, Vater und Kind und werde die DKMS Stem Cell Bank gGmbH über etwaige Adressänderungen informieren. Falls der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit meiner Adressdaten vorliegen, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim Einwohnermeldeamt einverstanden.
- Im Namen meines Kindes übertrage ich das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank gGmbH, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.
- Ich willige ein, dass das Nabelschnurblut und die entnommenen Blutproben durch das jeweils beauftragte Prüflabor auf Infektionsmarker (indirekter oder direkter Nachweis von Viren (z. B. HIV, Hepatitis, CMV), Mikroorganismen (z. B. Syphiliserreger) und Hämoglobinopathien (angeborene Erkrankung des roten Blutfarbstoffes) sowie anderen biologischen Faktoren (z. B. HLA-Merkmale)) getestet werden, um die Nabelschnurblutspende in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

- Hinsichtlich der Registrierung der Nabelschnurblutspende willige ich ein, dass die DKMS Stem Cell Bank gGmbH:
 - personenbezogenen Daten zur Identifizierung meiner Person und meines Kindes (u. a. Name, Adresse, Geburtsdatum) sowie medizinische Daten zu unserer Gesundheit sowie genetische Daten aus den o. g. Labortestungen speichert, um die Nabelschnurblutspende meines Kindes in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen, die Spenderreignung zu überprüfen und die damit verbundene Aktualisierung des Spenderprofils vorzunehmen;
 - suchrelevante Daten (z. B. Alter, Geschlecht, HLA-Merkmale) ausschließlich in pseudonymisierter Form an nationale und internationale Spenderregister für die Suche nach dem passenden Spender übermittelt;
 - meine Kontaktdaten (inkl. E-Mail, Telefon) nutzt, um mich zu kontaktieren, sollte unsere Nabelschnurblutspende für einen konkreten Patienten in Frage kommen.
- Darüber hinaus willige ich ein, dass das Klinikpersonal gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Auskunft zum medizinischen Behandlungsverlauf von mir, meinem Kind und der Geburt geben darf. Hierzu entbinde ich das Klinikpersonal von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bis zur Abgabe an einen Patienten ohne Angabe von Gründen gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH (Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden, office@dkms-stemcellbank.de) widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden - soweit keine gesetzlichen Fristen entgegenstehen - meine Daten gelöscht.
- Ich habe die weiteren Ausführungen auf dem separaten „Informationsblatt zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen.

Bitte treffen Sie in Bezug auf folgende Punkte eine individuelle Entscheidung: Sofern die Spende die Qualitätskriterien für die Verwendung für einen Patienten nicht erfüllt, willige ich ein, dass die Nabelschnurblutspende

Ja Nein für die **Qualitätssicherung in der DKMS Stem Cell Bank gGmbH** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.1 auf dem Informationsblatt).

Ja Nein für **weltweite wissenschaftliche Forschung** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.2 auf dem Informationsblatt).

Datum, Ort _____ Name _____ <small>(Druckschrift oder Stempel der Ärztin/des Arztes)</small> Unterschrift _____ <small>(aufklärende/r Ärztin/Arzt der Entnahmeklinik)</small>	Datum, Ort _____ Unterschrift _____ <small>(Mutter)</small> Unterschrift _____ <small>(Vater, sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
---	---

_____ Ggf. Name des/der Dolmetschers/in oder Übersetzers/in

Einwilligungserklärung zur Nabelschnurblutspende

	Mutter	Vater <small>(sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse: <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>		
Telefonnummer:		
E-Mail (erwünscht):		

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur geplanten Gewinnung und Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes an die DKMS Stem Cell Bank gGmbH.

- Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.
- Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der Angaben zu Mutter, Vater und Kind und werde die DKMS Stem Cell Bank gGmbH über etwaige Adressänderungen informieren. Falls der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit meiner Adressdaten vorliegen, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim Einwohnermeldeamt einverstanden.
- Im Namen meines Kindes übertrage ich das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank gGmbH, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.
- Ich willige ein, dass das Nabelschnurblut und die entnommenen Blutproben durch das jeweils beauftragte Prüflabor auf Infektionsmarker (indirekter oder direkter Nachweis von Viren (z. B. HIV, Hepatitis, CMV), Mikroorganismen (z. B. Syphiliserreger) und Hämoglobinopathien (angeborene Erkrankung des roten Blutfarbstoffes) sowie anderen biologischen Faktoren (z. B. HLA-Merkmale)) getestet werden, um die Nabelschnurblutspende in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

- Hinsichtlich der Registrierung der Nabelschnurblutspende willige ich ein, dass die DKMS Stem Cell Bank gGmbH:
 - personenbezogenen Daten zur Identifizierung meiner Person und meines Kindes (u. a. Name, Adresse, Geburtsdatum) sowie medizinische Daten zu unserer Gesundheit sowie genetische Daten aus den o. g. Labortestungen speichert, um die Nabelschnurblutspende meines Kindes in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen, die Spenderreignung zu überprüfen und die damit verbundene Aktualisierung des Spenderprofils vorzunehmen;
 - suchrelevante Daten (z. B. Alter, Geschlecht, HLA-Merkmale) ausschließlich in pseudonymisierter Form an nationale und internationale Spenderregister für die Suche nach dem passenden Spender übermittelt;
 - meine Kontaktdaten (inkl. E-Mail, Telefon) nutzt, um mich zu kontaktieren, sollte unsere Nabelschnurblutspende für einen konkreten Patienten in Frage kommen.
- Darüber hinaus willige ich ein, dass das Klinikpersonal gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Auskunft zum medizinischen Behandlungsverlauf von mir, meinem Kind und der Geburt geben darf. Hierzu entbinde ich das Klinikpersonal von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bis zur Abgabe an einen Patienten ohne Angabe von Gründen gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH (Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden, office@dkms-stemcellbank.de) widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden - soweit keine gesetzlichen Fristen entgegenstehen - meine Daten gelöscht.
- Ich habe die weiteren Ausführungen auf dem separaten „Informationsblatt zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen.


Bitte treffen Sie in Bezug auf folgende Punkte eine individuelle Entscheidung: Sofern die Spende die Qualitätskriterien für die Verwendung für einen Patienten nicht erfüllt, willige ich ein, dass die Nabelschnurblutspende

Ja Nein für die **Qualitätssicherung in der DKMS Stem Cell Bank gGmbH** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.1 auf dem Informationsblatt).

Ja Nein für **weltweite wissenschaftliche Forschung** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.2 auf dem Informationsblatt).

Datum, Ort _____ Name _____ <small>(Druckschrift oder Stempel der Ärztin/des Arztes)</small> Unterschrift _____ <small>(aufklärende/r Ärztin/Arzt der Entnahmeklinik)</small>	Datum, Ort _____ Unterschrift _____ <small>(Mutter)</small> Unterschrift _____ <small>(Vater, sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
---	---

Ggf. Name des/der Dolmetschers/in oder Übersetzers/in _____

	ID 295	Anlage
	Gewinnung von allogenen Nabelschnurblut_05A_ Informationsblatt zum Datenschutz	

Informationsblatt zum Datenschutz

Die DKMS Stem Cell Bank gGmbH fühlt sich für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und für die Einhaltung des Datenschutzes in besonderem Maße verantwortlich. Wir möchten hiermit unserer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen und Sie transparent über unsere Verarbeitungsprozesse Ihrer personenbezogenen Daten informieren.


Verarbeitung Ihrer Daten

Mit der Einwilligung zur Spende von Nabelschnurblut erfassen wir Ihren Namen, den Namen und das Geschlecht Ihres Kindes, Ihre Geburtsdaten, Ihre familiäre Herkunft, Ihre Kontaktdaten einschließlich Telefonnummer und E-Mail-Adresse, einige medizinische Daten und transplantationsrelevante Daten von Ihnen und Ihrem Kind, insbesondere den HLA-Gewebetyp. Die erfassten personenbezogenen Daten werden durch die DKMS Stem Cell Bank gGmbH gespeichert und verarbeitet, um Ihr Nabelschnurblut einzulagern, die verfügbare Spende in der Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH zu registrieren und um die spätere Abgabe Ihres Nabelschnurpräparates zu organisieren. Soweit möglich erfolgt die Verarbeitung Ihrer Daten unter einem Pseudonym, das bedeutet es wird ein Nummern- und/oder Buchstabencode zur Bezeichnung Ihrer Nabelschnurblutspende verwendet.

Weitere Informationen zum Datenschutz

- Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist die DKMS Stem Cell Bank gGmbH, Enderstr. 94 / Haus C, 01277 Dresden, Tel.: 0351/2509660, office@dkms-stemcellbank.de.
- Der Datenschutzbeauftragte der DKMS Stem Cell Bank gGmbH ist zu erreichen unter datenschutz@dkms-stemcellbank.de.
- Zweck der Verarbeitung der personenbezogenen, medizinischen und genetischen Daten von Ihnen und Ihrem Kind bei der Registrierung und Einlagerung der Nabelschnurblutspende ist der weltweite Abgleich der Spenderdaten mit potenziellen Transplantationsempfängern, die Kontaktierung im Rahmen der Abgabe Ihrer Nabelschnurblutspende durch die DKMS Stem Cell Bank gGmbH, die Überprüfung der Spendereignung und die damit verbundene Aktualisierung des Spenderprofils. Ihre Daten und die Daten Ihres Kindes werden auf Grundlage Ihrer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet.
- Weiterer Zweck der Verarbeitung Ihrer Daten ist die Durchführung wissenschaftlicher Auswertungen mit pseudonymisierten Daten im Kontext der nicht verwandten Spende und Stammzelltransplantation nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f), Art. 9 Abs. 2 lit. j) DSGVO zur Forschung nach Art. 89 DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.
- Für die Registrierung werden Ihre Daten durch von der DKMS Stem Cell Bank gGmbH beauftragte Dienstleister (z. B. Schriftgutverarbeiter) verarbeitet. Ihre zusätzliche Blutprobe wird zur Analyse an beauftragte Prüflabore übermittelt und eine mögliche Restprobe dort gelagert. Zusätzliche Rückstellproben lagern in der DKMS Stem Cell Bank gGmbH. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte könnte erforderlich werden, um
 - a) sicherzustellen, dass Ihre Daten auf dem neuesten Stand sind, so dass wir mit Ihnen im Falle einer Transplantatabgabe in Kontakt treten können (Einwohnermeldeamt).
 - b) Ihre Daten an Unternehmen zu übertragen, die die Rechte an uns bei einer Fusion, Übernahme oder Umstrukturierung erwerben.
 - c) mit Strafverfolgungsbehörden und/oder Regulierungsbehörden zu kooperieren.
 - d) rechtlichen Verpflichtungen oder Gerichtsbeschlüssen nachzukommen.


Revision 023/04.2024	Gültig ab 08.04.2024	Seite 1 von 3
----------------------	----------------------	---------------

	ID 295	Anlage
	Gewinnung von allogenen Nabelschnurblut_05A_ Informationsblatt zum Datenschutz	

- Soweit bei der Analyse der Proben ein bislang unbekanntes Gewebemerkmale (Allel) identifiziert wird, wird das Labor DKMS Life Science Lab gGmbH dieses Allel unter seinem Namen, Entnahmeland und Entnahmehjahr bei den zuständigen Institutionen (European Nucleotide Archive (ENA), IPD-IMGT/HLA-Datenbank), veröffentlichen. Hierbei werden keine identifizierenden Angaben zur Herkunft des Allels gemacht.
- Alle für eine Vermittlung der Nabelschnurblutspende suchrelevanten Daten (z. B. Alter, Geschlecht, HLA-Merkmale) werden pseudonymisiert über das Zentrale Knochenmarkspender-Register für die Bundesrepublik Deutschland (ZKRD) in Ulm an internationale Einrichtungen zum Zweck der Fremdspendersuche weitergegeben. Die anfragenden Institutionen (andere Spenderregister, Transplantationskliniken, etc.), die Ihre suchrelevanten Daten im Rahmen einer aktiven Vermittlung verarbeiten, können sich auch in Ländern mit einem möglicherweise niedrigeren Datenschutzniveau als dem in der Europäischen Union (EU) oder dem Europäischen Wirtschaftsraum befinden, z. B. USA. Es besteht dann ein Risiko, dass staatliche oder private Institutionen zu Überwachungszwecken auf Ihre Daten zugreifen. Zudem kann es sein, dass Ihnen dort weniger oder schlechter durchsetzbare Rechtsmittel zustehen als nach dem europäischen Datenschutzrecht. Um ein für die EU angemessenes Datenschutzniveau herzustellen, wurden mit weitestgehend allen internationalen Spenderregistern die EU-Standardvertragsklauseln gem. Art. 46 Abs. 2 lit. c DSGVO vereinbart. Für die wenigen anderen internationalen Spenderregister ohne angemessenes Datenschutzniveau bitten wir Sie um Ihre Einwilligung nach Art. 49 Abs. 1 lit. a DSGVO für die Übermittlung Ihrer suchrelevanten Daten. Als Sicherungsmaßnahme werden Ihre Daten vor der Übermittlung mit einem Pseudonym verschlüsselt (ohne Nennung Ihres Namens), um das Risiko einer Identifizierung Ihrer Person durch unberechtigte Dritte weitestgehend auszuschließen.
- Ihre Nabelschnurblutspende wird befristet für die Dauer der Haltbarkeit der Nabelschnurblutspende für die weltweite Fremdspendersuche zur Verfügung gestellt, damit Ihre Spende für einen Patienten angefragt und verwendet werden kann. Ihre Einwilligung vorausgesetzt, ist nach Ablauf der Haltbarkeit eine Verwendung zur Qualitätssicherung und/oder wissenschaftlichen Forschung möglich. Andernfalls wird die Probe vernichtet und der Bezug zu Ihrer Person gelöscht, soweit keine längeren gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen (z. B. bei erfolgter Spende).
- Ihnen stehen nach der DSGVO die folgenden Rechte in Hinblick auf Ihre personenbezogenen Daten zu: Auskunft nach Art. 15 DSGVO, Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, Löschung nach Art. 17 DSGVO, Sperrung (Einschränkung der Verarbeitung) nach Art. 18 DSGVO und Datenübertragung nach Art. 20 DSGVO. Bezogen auf die Datenverarbeitung zur Durchführung wissenschaftlicher Auswertungen nach Art. 89 DSGVO und § 27 BDSG haben Sie das Recht zu widersprechen nach Art. 21 DSGVO.
- Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können diese gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zu diesem Zeitpunkt erfolgten Verarbeitung nicht berührt. In diesem Fall werden Ihre Daten gelöscht und die Probe vernichtet, soweit keine anderen gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.
- Wenn Sie eine Beschwerde haben, wie wir mit Ihren personenbezogenen Daten umgegangen sind, können Sie sich mit unserem Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@dkms-stemcellbank.de oder postalisch unter DKMS Stem Cell Bank gGmbH, Datenschutzbeauftragter, Enderstr. 94 / Haus C, 01277 Dresden in Verbindung setzen und wir werden dieser nachgehen.
- Sie haben ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde nach Art. 77 DSGVO, insbesondere bei der für Ihren Aufenthaltsort zuständigen Behörde, oder bei der für die DKMS Stem Cell Bank gGmbH zuständigen Datenschutzbehörde (Sächsischer Datenschutzbeauftragter, <http://www.saechsdsb.de/n-kontakt>).


Ergänzende Informationen zum Datenschutz sind über die Webseite <https://www.dkms-stemcellbank.de/datenschutz/> abrufbar.

Revision 023/04.2024	Gültig ab 08.04.2024	Seite 2 von 3
----------------------	----------------------	---------------

	ID 295	Anlage
	Gewinnung von allogenen Nabelschnurblut_05A_ Informationsblatt zum Datenschutz	

Historie

Ausgabe (gültig ab)	Änderung	Änderungsgrund
23	Siehe Hauptdokument	-

	ID 294	Anlage
	Gewinnung von allogenen Nabelschnurblut_04A_ Informationsblatt zur Nabelschnurblutspende	

Informationsblatt zur Nabelschnurblutspende

1 Was ist Nabelschnurblut?

Während der Schwangerschaft wird Ihr Baby über die Nabelschnur mit allem für die gesunde Entwicklung Notwendigen versorgt. Dazu fließt das Nabelschnurblut zwischen dem mütterlichen und kindlichen Organismus hin und her. Das Baby erhält auf diese Weise z. B. Nährstoffe und Schutz vor Infektionen.

Nach der Geburt und Abnabelung des Babys wird die Nabelschnur nicht mehr benötigt. Mutter und Kind sind nun voneinander getrennt. Allerdings ist das Nabelschnurblut nun nicht nutzlos geworden. Da es u. a. Stammzellen enthält, kann es für andere Menschen gespendet werden. Anderenfalls wird es verworfen.

2 Wozu kann Nabelschnurblut verwendet werden?

Eine aussichtsreiche Behandlung für Patienten mit bösartigen, angeborenen und erworbenen Erkrankungen des blutbildenden Systems (wie z. B. Leukämie, Thalassämie oder Aplastische Anämie) oder Enzym-Defekten besteht in der Transplantation von Stammzellen. Diese Zellen kann man aus dem Knochenmark oder aus dem zirkulierenden Blut freiwilliger Spender nach Stimulation mit Wachstumsfaktoren gewinnen. Eine gleichwertige Möglichkeit dazu besteht in der Transplantation von Stammzellen aus Nabelschnurblut.

3 Voraussetzungen zur Nabelschnurblutspende

Bei der Nabelschnurblutspende handelt es sich um eine Blutspende, die nach gesetzlichen Vorgaben behandelt werden muss (z. B. Arzneimittelgesetz, Transfusionsgesetz, Richtlinien der Bundesärztekammer). Daher sind vor der Spende einige Formalitäten notwendig. Sie erhalten neben diesem Informationsblatt einen Anamnesebogen, der Fragen zu Ihrer Krankheitsgeschichte enthält, eine Einwilligungserklärung und ein Informationsblatt Datenschutz. Die Dokumente Anamnesebogen und Einwilligungserklärung müssen von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben werden.

4 Wozu werden die persönlichen Daten benötigt?

Name und Anschrift der Mutter und ggf. des Vaters werden benötigt, um die Mutter bzw. die Eltern über die Aufarbeitung oder den Verwurf des gespendeten Nabelschnurblutes zu informieren. Die Angabe der Telefonnummer ist für eine schnelle Erreichbarkeit im Falle von Rückfragen erforderlich, insbesondere um bei einer konkreten Anfrage für einen Patienten den aktuellen Gesundheitszustand des Kindes zu erfragen. Hierfür wird auch die im Krankenhaus verwendete Patientennummer abgeglichen, um eine eindeutige Identifikation der Mutter sicherzustellen.

Gewebemerkmale und deren Kombination treten regional unterschiedlich auf und es besteht eine höhere Übereinstimmungswahrscheinlichkeit dieser Merkmale innerhalb einer ethnischen Gruppe. In Herkunftsregionen von Menschen seltener Gewebemerkmale gibt es häufig keine oder nur sehr geringe Aktivitäten von Spenderregistern und Nabelschnurblutbanken. Die Angabe der familiären Herkunft erlaubt es deshalb schneller und gezielter nach passenden Spendern zu suchen.


5 Entnahme von Nabelschnurblut

Am Entbindungstag wird Ihnen für Routineuntersuchungen etwas Blut (ca. 33 ml) entnommen. Nach der Geburt Ihres Babys wird zunächst die Nabelschnur abgeklemmt, das Baby abgenabelt und versorgt. Nun wird das in der Nabelschnur enthaltene Blut (durchschnittlich 60 ml) entnommen und in einem sterilen Beutel gesammelt. Für Ihr Baby oder Sie selbst bestehen dadurch zu keinem Zeitpunkt ein Nachteil oder eine Gefahr.

Nach dem Transport zur DKMS Stem Cell Bank gGmbH (nachfolgend DKMS SCB genannt) wird das Nabelschnurblut aufbereitet. Die Stammzellen werden anschließend in Stickstofftanks unterhalb -180 °C - ggf. auch über längere Zeit - gelagert.

Gleichzeitig erfolgt die Testung des Blutes der Mutter und des Nabelschnurblutes. Es wird unter anderem auf Infektionskrankheiten (Lues, Hepatitis B/C, CMV, HIV, HTLV u. a.) und Hämoglobinopathien untersucht. Außerdem werden die Gewebemerkmale bestimmt. Die personenbezogenen Daten von Ihnen und Ihrem Kind werden in der Datenbank der DKMS SCB eingegeben und sind dort auf unbestimmte Zeit mit der Nabelschnurblutspende verknüpft und gespeichert. Wenn die Ergebnisse aller Untersuchungen zufriedenstellend sind, wird Ihre Spende über nationale und internationale Stammzellregister Transplantationszentren aus aller Welt zur Verfügung gestellt werden. Patienten, die Ihre Spende erhalten

Revision 023/04.2024	Gültig ab 08.04.2024	Seite 1 von 3
----------------------	----------------------	---------------

	ID 294	Anlage
	Gewinnung von allogenen Nabelschnurblut_04A_ Informationsblatt zur Nabelschnurblutspende	

können, leiden z. B. an Erkrankungen des blutbildenden Systems und werden mit einer Blutstammzelltransplantation therapiert. Transplantationszentren und Patienten erfahren keine identifizierenden Daten von Ihnen oder Ihrem Kind, die Kennzeichnung der Spende erfolgt über ein individuelles Pseudonym (Nummern- und/oder Buchstaben-Code).

6 Rückmeldung von auffälligen Ergebnissen und Infektionen

Bei der Testung Ihrer Blutproben und des Nabelschnurblutes im Labor können für Ihre Gesundheit bedeutende Ergebnisse ermittelt werden. In jedem Fall werden Ihnen festgestellte Infektionen mit Krankheitserregern aufgrund des damit verbundenen Ansteckungspotentials mitgeteilt, deren Rückmeldung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtend ist. Es besteht die gesetzliche Pflicht, bestimmte Infektionen an die zuständige Behörde zu melden. Bei namentlich zu meldenden Infektionen (§ 7 Abs. 1 IfSG) erfolgt die Meldung unter Angabe Ihres Namens, Geschlechts, Geburtsdatums, Anschrift und weiterer Kontaktdaten. Bei nichtnamentlich zu meldenden Infektionen (§ 7 Abs. 3 IfSG) erfolgt die Meldung unter Angabe Ihres Geschlechts, Monat und Jahr Ihrer Geburt, den ersten drei Ziffern Ihrer Postleitzahl und im Fall einer HIV-Infektion zusätzlich unter Angabe eines Pseudonyms Ihres Namens.

7 Verwendung Ihrer Spende für die Forschung

Es kann sein, dass eine Nabelschnurblutspende die Qualitätskriterien nicht erfüllt und somit nicht für einen Patienten verwendet werden kann. Dennoch ist Ihre Spende immer wertvoll für die DKMS SCB, denn sie kann auf andere Weise helfen. Deshalb bitten wir Sie, einer Verwendung Ihrer Spende für die folgenden alternativen Zwecke zuzustimmen, sollte diese nicht in der DKMS SCB eingelagert werden können.

- 7.1 *Qualitätssicherung: Interne Validierungen und Prozessentwicklungen in der DKMS SCB sowie Training neuer Mitarbeiter. Dies dient der Aufrechterhaltung hoher Qualitätsstandards und ggf. der Optimierung von Abläufen.*
- 7.2 *Wissenschaftliche Forschung: Wissenschaftliche Forschung, um die Wirksamkeit und Sicherheit von Stammzelltransplantationen zu verbessern. Solche Forschungsprojekte können in Zusammenarbeit mit oder eigenständig durch Universitäten, Forschungsinstitute und andere forschende Einrichtungen durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass die Projekte von der zuständigen Ethikkommission geprüft wurden und die Nabelschnurblutprodukte nur nach erneuter Pseudonymisierung verwendet werden.*

Die Verwendung oder Herausgabe eines Nabelschnurblutprodukts zu kommerziellen Zwecken ist ausgeschlossen. Sie haben am Ende der Einwilligungserklärung die Möglichkeit, in Bezug auf diese Punkte eine individuelle Entscheidung zu treffen. Sollten Sie mit einer Verwendung Ihrer Spende für die Forschung nicht einverstanden sein, wird das für eine Stammzelltransplantation ausgeschlossene Nabelschnurblutprodukt vernichtet.

8 Kann das Nabelschnurblut für mein neugeborenes Kind verwendet und gelagert werden?


Seit einigen Jahren gibt es die Möglichkeit, Nabelschnurblut für das neugeborene Kind einzulagern. Nach derzeitigem Stand der Wissenschaft gibt es keine allgemein gültigen Anwendungsgebiete für dieses sogenannte „autologe“ Nabelschnurblut. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass in einigen Jahren Möglichkeiten zur Anwendung entwickelt werden, so dass die eingelagerten Zellen gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt verwendet werden könnten. Im Falle der Privateinlagerung steht das Präparat in erster Linie dem Kind und in Ausnahmefällen der Familie des Kindes zu. Über die DKMS SCB ist keine autologe Einlagerung ohne medizinische Indikation möglich.

9 Gerichtete Nabelschnurblutspende

Unter dem Spezialfall einer gerichteten Spende versteht man die Nabelschnurblutspende für ein erkranktes Geschwisterkind oder eine/einen andere/n Verwandte/n ersten Grades, für die/den bereits wegen einer Erkrankung eine Indikation zur Transplantation besteht oder entstehen kann. Im Falle einer gerichteten Spende steht das Präparat ausschließlich für die erkrankte Person zur Verfügung.

Sollten Sie Fragen zur Einlagerung des Nabelschnurblutes für Ihr eigenes Kind bzw. zur gerichteten Nabelschnurblutspende haben, geben wir Ihnen gern nähere Informationen.

Revision 023/04.2024	Gültig ab 08.04.2024	Seite 2 von 3
----------------------	----------------------	---------------

	ID 294	Anlage
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_04A_ Informationsblatt zur Nabelschnurblutspende	

10 Was ist zu tun?

Sollten Sie sich für eine Spende entscheiden, wenden Sie sich bitte an eine Kooperationsklinik der DKMS SCB. Dort werden Sie über den gesamten Ablauf der Nabelschnurblutentnahme eingehend informiert und erhalten die notwendigen Dokumente. Die Dokumente können ebenfalls auf der Internetseite der DKMS Stem Cell Bank heruntergeladen werden (<https://www.dkms-stemcellbank.de/eltern/>).

Die von Ihnen unterschriebene Einwilligungserklärung und der von Ihnen ausgefüllte Anamnesebogen werden mit anderen Unterlagen und dem Nabelschnurblut an die DKMS SCB in Dresden geschickt und dort geprüft.

Die Entscheidung über Annahme, Weiterverarbeitung, Lagerung und Abgabe Ihrer Nabelschnurblutspende obliegt den in der DKMS SCB arzneimittelrechtlich verantwortlichen Personen.

Falls es zur Kryokonservierung (Lagerung) Ihres Nabelschnurblutes kommt, werden in jedem Fall Rückstellproben für eventuelle infektionsserologische Nachtestungen von Ihnen und Ihrem Kind aufbewahrt.

Eine Stammzelltransplantation birgt Risiken der Übertragung von Infektionen und genetischen Erkrankungen auf den Patienten. Deshalb wird Ihre Spende Transplantationszentren und damit Patienten in aller Welt nur zur Verfügung gestellt, wenn die Ergebnisse aller Untersuchungen zufriedenstellend sind. Sollten im Zusammenhang mit der Spende zum jetzigen oder einem späteren Zeitpunkt Gründe auftreten, die die Qualität der Nabelschnurblutspende beeinträchtigen könnten (z. B. Infektionserkrankung wie HIV, Krebserkrankungen, schwerwiegende Erkrankung des blutbildenden Systems bei Ihnen und/oder Ihrem Kind, genetische Erkrankungen), geben Sie der DKMS SCB bitte umgehend Nachricht darüber. Ihnen wird hiermit zugesichert, dass alle Informationen vertraulich behandelt werden und nach dem vertraulichen Rücktrittsverfahren die Spende nicht verwendet wird.

Sollte Ihre Nabelschnurblutspende für einen Patienten angefragt werden, wird sich die DKMS SCB bei Ihnen telefonisch nach dem Gesundheitsverlauf Ihres Kindes erkundigen. Dies ist notwendig, um zum Zeitpunkt der Spende noch nicht erkennbare Erkrankungen auszuschließen. Erst nach Einholung aller relevanten Informationen trifft die behandelnde Klinik des Patienten eine konkrete Auswahl zur Nabelschnurblutspende.

Ihre Entscheidung zur Nabelschnurblutspende ist freiwillig, die Spende erfolgt unentgeltlich. Sollten Sie sich gegen die Entnahme entscheiden, resultieren daraus für Sie keine Nachteile. Es entstehen Ihnen keine Kosten. Ihre Einwilligung zur Nabelschnurblutspende können Sie gegenüber der DKMS SCB jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. In diesem Fall wird Ihre Spende für die DKMS SCB vernichtet.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Informationen die Nabelschnurblutspende näher gebracht zu haben. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder eine der kooperierenden Kliniken.

Die Mitarbeiter der DKMS SCB stehen Ihnen gern telefonisch unter folgender Nummer zur Verfügung:

0351/250 966 0

Historie

Ausgabe (gültig ab)	Änderung	Änderungsgrund
23	Siehe Hauptdokument	-