

Plooschter Projet asbl

30, rue du cimetièr
L- 3715 Rumelange

www.plooschterprojet.lu
like us on Facebook
info@plooschterprojet.lu
Tel.: +352 621 69 51 55

CCPLULL **PLOOSCHTERPROJET**
IBAN LU67 1111 7033 0252 0000



Plooschter Projet



Dambacher Weg 5 D-55765 Birkenfeld

Einverständniserklärung zur Blutstammzell-Spende

bzw. Knochenmarkspende

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft, freiwillig und unentgeltlich für einen mit mir nicht verwandten Patienten Knochenmark bzw. Blutstammzellen zu spenden. Diese Spende ist freiwillig und anonym. Das Informationsschreiben über die freiwillige Knochenmark bzw. Blutstammzell-Spende habe ich gelesen und verstanden. Außerdem hatte ich Gelegenheit, mich mündlich zu informieren. Ich bin mir über Ausschlusskriterien, Zweck und Vorgehensweise der Blutentnahme und Knochenmark bzw. Blutstammzellspende sowie über damit im Zusammenhang stehenden Risiken im Klaren.

Ich bin einverstanden, dass mir ca. 7,5ml Blut oder eine Mundschleimhautprobe für eine molekulargenetische Bestimmung meiner Gewebemerkmale (HLA Testung) und weitere suchrelevante Testungen entnommen, und isolierte Zellen oder DNS für eine spätere Testung eingefroren werden. Weiterhin erkläre ich mich zu den ggf. erforderlichen weiterführenden Untersuchungen bereit. Ich bin damit einverstanden, dass meine unten angegebenen persönlichen

Daten und meine HLA Gewebemerkmale unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen im EDV-System der Stefan-Morsch-Stiftung / Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP) gespeichert werden. Ich stimme einer Weitergabe meiner transplantations- und suchrelevanten Daten (HLA-Merkmale, ggf. Blutgruppe, Geburtsdatum, Geschlecht) und anonymisierter Personenkennziffer an das deutsche Zentralregister (ZKRD, Ulm), internationale Register und suchende Einrichtungen zu.

Keinesfalls dürfen meine persönlichen Daten ohne meine Zustimmung an Dritte weitergegeben werden. Ich habe das Recht, mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Jede Änderung meiner Adresse, Telefonnummer und E-Mail Adresse soll mitgeteilt werden. Bei nicht mitgeteilter Änderung meiner Adresse können Auskünfte bei den zuständigen Gemeinden eingeholt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir Informationen über die Stefan-Morsch-Stiftung/ LMDP zugesandt werden.

Spendernummer: _____

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!

Ich bin bereits registriert:

Ja Nein

Ich bin älter als 40 Jahre:

Ja Nein

Ich hatte bereits mehr als 2 Schwangerschaften:

Ja Nein

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Strasse: _____

Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Ich bin telefonisch oder per Email erreichbar unter:

Gemeinde: _____

Tel. privat: _____

Tel. dienstlich: _____

Email: _____

Tel. mobil: _____

Ort

Datum

Unterschrift

Gesundheitsfragebogen

Bitte lesen Sie diese Fragen sorgfältig, und füllen Sie dann den Bogen gewissenhaft und vollständig aus.

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

Ja Nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krebs und andere bösartige Neubildungen (auch geheilt)
Insulin-pflichtiger Diabetes mellitus
Schweres therapiebedürftiges Asthma bronchiale
Schwere chronische obstruktive Bronchitis
Schwere Herzerkrankungen wie koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, schwere Arrhythmien, Herzinfarkt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwere Nierenerkrankungen
Erkrankungen des Blutgefäßsystems wie zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. Schlaganfall), arterielle Thrombosen, wiederkehrende venöse Thrombosen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dauerausscheidung von Salmonellen (Typhus- oder Paratyphuserregern)
Akute und chronische Hepatitis (infektiöse Gelbsucht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HIV-Infektion (AIDS)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nicht ausgeheilte Geschlechtskrankheiten wie Syphilis oder Gonorrhoe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autoimmunerkrankungen wie Morbus Crohn, Morbus Basedow, rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose, Lupus Erythematodes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suchterkrankungen wie Medikamenten-, Rauschgift- oder Alkoholsucht

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehende oder abgelaufene tropische Infektionskrankheiten wie z.B. Babesiose, Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit), Leishmaniasis, Malaria, Lepra, Brucellose, Rickettsiose, Rückfallfieber, Tularämie (Hasenpest)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erbliche Bluterkrankheiten wie z.B. Thalassaemie, Sichelzellanämie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie mit Hypophysenhormonen z. B. Wachstumshormonen behandelt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gehören oder gehörten Sie einer Risikogruppe für schwere Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C, AIDS an (Betrifft insbesondere homo- und bisexuelle Männer, männliche und weibliche Prostituierte und Strafgefangene) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhielten Sie eine Transplantation mit einem Gewebe oder Organ tierischen Ursprungs

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Creutzfeldt-Jakob Anamnese in der Familie

Creutzfeldt-Jakob Erkrankung sowie Transplantation von Dura mater (harter Hirnhaut) oder Cornea (Hornhaut)

Erkrankungen, die eine individuelle Klärung erfordern:

Ja Nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bronchitis

Bluthochdruck

Allergien - welche ? _____

Zusätzliche Informationen:

Blutgruppe: (falls bekannt) _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Ich bestätige, dass ich nicht an schweren und dauerhaften Erkrankungen gelitten habe bzw leide und meines Wissens gesund bin.

Ort

Datum

Unterschrift

GIDD
STAMMZELLESPENDER,
RETT LIEWEN!

www.plooschterprojet.lu