

# Neurobiobank München

Koordinierendes Mitglied des Brain-Net Deutschland  
und des BrainNet Europe



Zentrum für Neuropathologie  
und Prionforschung  
Feodor-Lynen-Str. 23  
81377 München  
Tel.: 089 / 2180-78345  
Fax: 089 / 2180-78003

## Leitung:

**Prof. Dr. med. Jochen Herms**

Zentrum für Neuropathologie und Prionforschung

**Prof. Dr. med. Peter Falkai**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## Einwilligungserklärung zur Obduktion und Gewebespende

**Original<sup>1</sup>**

Name und Vorname des Spenders: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass nach meinem Ableben eine (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Obduktion (Entnahme von Gehirn und Rückenmark, Untersuchung aller Organe)

Teilobduktion (Entnahme von Gehirn und Rückenmark)

für wissenschaftliche Forschungszwecke durchgeführt werden kann.

Ich wurde über das Vorgehen bei der Durchführung einer Obduktion, Art der Aufbewahrung und eventuelle Weitergabe von Gewebeproben ausreichend informiert.

Für mich und die Hinterbliebenen entstehen durch die Gewebespende keine Kosten.

Im Falle meines Ablebens ist bitte zeitnah, möglichst tagsüber, die Neurobiobank München unter der Telefon-Nummer 089 / 2180-78345 zu verständigen.

### Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Gewebe pseudonymisiert aufbewahrt und für wissenschaftliche, einschließlich genetischer Untersuchungen an Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen, ggf. auch im Ausland, pseudonymisiert weitergegeben werden darf.

Ich erkläre mich zudem damit einverstanden, dass relevante klinische Unterlagen zu meiner Person einschließlich darin enthaltender Angaben zur Familienanamnese der Neurobiobank München zur Verfügung gestellt werden, und dass die Daten pseudonymisiert an Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen, ggf. im Ausland, für medizinische Forschungsvorhaben weitergegeben werden dürfen.

Gewebe und Daten dürfen unbefristet für medizinische Forschungsvorhaben verwendet werden.

Die Neurobiobank München versichert Ihnen, Ihre Daten entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich zu behandeln.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt der Informationsblätter gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Gelegenheit Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden mir zufriedenstellend beantwortet.

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich wünsche nach erfolgter schriftlicher Einwilligungserklärung keine erneute Kontaktaufnahme der Neurobiobank München. (bitte ankreuzen, falls zutreffend)

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Spenders: \_\_\_\_\_

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Spenders eingeholt.

Name des Arztes / Neurobiobank Mitarbeiters: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(falls zutreffend) Unterschrift / Stempel

<sup>1</sup> Zum Verbleib beim Spender bis zum Ableben.

## Neurobiobank München

Koordinierendes Mitglied des Brain-Net Deutschland  
und des BrainNet Europe



Zentrum für Neuropathologie  
und Prionforschung  
Feodor-Lynen-Str. 23  
81377 München  
Tel.: 089 / 2180-78345  
Fax: 089 / 2180-78003

### Leitung:

**Prof. Dr. med. Armin Giese**

Zentrum für Neuropathologie und Prionforschung

**Prof. Dr. med. Peter Falkai**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## Einwilligungserklärung zur Obduktion und Gewebespende

**Kopie<sup>1</sup>**

Name und Vorname des Spenders: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass nach meinem Ableben eine (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Obduktion (Entnahme von Gehirn und Rückenmark, Untersuchung aller Organe)
- Teilobduktion (Entnahme von Gehirn und Rückenmark)

für wissenschaftliche Forschungszwecke durchgeführt werden kann.

Ich wurde über das Vorgehen bei der Durchführung einer Obduktion, Art der Aufbewahrung und eventuelle Weitergabe von Gewebeproben ausreichend informiert.

Für mich und die Hinterbliebenen entstehen durch die Gewebespende keine Kosten.

Im Falle meines Ablebens ist bitte zeitnah, möglichst tagsüber, die Neurobiobank München unter der Telefon-Nummer 089 / 2180-78345 zu verständigen.

### Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Gewebe pseudonymisiert aufbewahrt und für wissenschaftliche, einschließlich genetischer Untersuchungen an Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen, ggf. auch im Ausland, pseudonymisiert weitergegeben werden darf.

Ich erkläre mich zudem damit einverstanden, dass relevante klinische Unterlagen zu meiner Person einschließlich darin enthaltender Angaben zur Familienanamnese der Neurobiobank München zur Verfügung gestellt werden, und dass die Daten pseudonymisiert an Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen, ggf. im Ausland, für medizinische Forschungsvorhaben weitergegeben werden dürfen.

Gewebe und Daten dürfen unbefristet für medizinische Forschungsvorhaben verwendet werden.

Die Neurobiobank München versichert Ihnen, Ihre Daten entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich zu behandeln.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt der Informationsblätter gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Gelegenheit Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden mir zufriedenstellend beantwortet.

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich wünsche nach erfolgter schriftlicher Einwilligungserklärung keine erneute Kontaktaufnahme der Neurobiobank München. (bitte ankreuzen, falls zutreffend)

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Spenders: \_\_\_\_\_

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Spenders eingeholt.

Name des Arztes / Neurobiobank Mitarbeiters: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(falls zutreffend) Unterschrift / Stempel

<sup>1</sup> Bitte zur Information an die Neurobiobank München senden.  
Einverständniserklärung "Spender" Version 6.12.2013