

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 / 2180-78037

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

Original¹

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. Das entnommene Gewebe darf nach Begutachtung an Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen, ggf. im Ausland, für medizinische Forschungsvorhaben weitergegeben werden.

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 willige ein, 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 willige ein, dass relevante klinische Unterlagen zu meiner Person einschließlich darin enthaltender Angaben zur Familienanamnese der Neurobiobank München zur Verfügung gestellt und die betreffenden Ärzte und Ärztinnen von der Schweigepflicht entbunden werden.

Ich willige ein, 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) ja nein

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

¹ 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 / 2180-78037

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

Kopie¹

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. Das entnommene Gewebe darf nach Begutachtung an Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen, ggf. im Ausland, für medizinische Forschungsvorhaben weitergegeben werden.

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 willige ein, 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 willige ein, dass relevante klinische Unterlagen zu meiner Person einschließlich darin enthaltender Angaben zur Familienanamnese der Neurobiobank München zur Verfügung gestellt und die betreffenden Ärzte und Ärztinnen von der Schweigepflicht entbunden werden.

Ich willige ein, 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) ja nein

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

¹ Bitte zur Information an die Neurobiobank München senden. Einverständniserklärung "Spender" Version XX.XX.2020