

Neurobiobank München

Koordinierendes Mitglied des Brain-Net Deutschland
und des BrainNet Europe



Leitung:

Prof. Dr. med. Jochen Herms

Zentrum für Neuropathologie und Prionforschung

Prof. Dr. med. Peter Falkai

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

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

Einwilligungserklärung zur Obduktion und Gewebespende

Original¹

Name und Vorname des Spenders: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Name des Angehörigen: _____

Beziehung zum Spender (Ehepartner, Kind etc.) _____

Diese Einwilligungserklärung entspricht dem mutmaßlichen Willen des Spenders.

Ich bin damit einverstanden, dass nach dem Ableben des Spenders 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 die Hinterbliebenen entstehen durch die Gewebespende keine Kosten.

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

Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das entnommene 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 zur Person des Spenders 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 versichert Ihnen, die Daten des Spenders 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 Angehörigen: _____

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung zur Gewebespende eingeholt.

Name des Arztes / Neurobiobank-Mitarbeiters: _____

(falls zutreffend) Unterschrift / Stempel

¹ Zum Verbleib beim Spender bzw. den Angehörigen bis zum Ableben des Spenders.
Einverständniserklärung "Angehörige" Version 6.12.2013

Neurobiobank München

Koordinierendes Mitglied des Brain-Net Deutschland
und des BrainNet Europe



Leitung:

Prof. Dr. med. Armin Giese

Zentrum für Neuropathologie und Prionforschung

Prof. Dr. med. Peter Falkai

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

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

Einwilligungserklärung zur Obduktion und Gewebespende

Kopie¹

Name und Vorname des Spenders: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Name des Angehörigen: _____

Beziehung zum Spender (Ehepartner, Kind etc.) _____

Diese Einwilligungserklärung entspricht dem mutmaßlichen Willen des Spenders.

Ich bin damit einverstanden, dass nach dem Ableben des Spenders 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 die Hinterbliebenen entstehen durch die Gewebespende keine Kosten.

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

Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das entnommene 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 zur Person des Spenders 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 versichert Ihnen, die Daten des Spenders 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 Angehörigen: _____

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung zur Gewebespende eingeholt.

Name des Arztes / Neurobiobank-Mitarbeiters: _____

(falls zutreffend) Unterschrift / Stempel

¹ Bitte zur Information an die Neurobiobank München senden.
Einverständniserklärung „Angehörige“ Version 6.12.2013