



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

REFERENZZENTRUM FÜR SPONGIFORME ENCEPHALOPATHIEN
ZENTRUM FÜR NEUROPATHOLOGIE UND PRIONFORSCHUNG
KOMMISSARISCHER LEITER: PROF. DR. MED. ARMIN GIESE



Einverständniserklärung zur Obduktion und Gewebespende

Original

Name und Vorname des Spenders: _____ zum Verbleib beim Spender

Geboren am: _____

Adresse: _____

Name des Angehörigen / gesetzl. Betreuers: _____

Beziehung zum Spender: _____

(Ehepartner, Kind, gesetzl. Betreuer, etc.)

Hiermit bestätige ich, 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.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Gewebe pseudonymisiert aufbewahrt wird und für wissenschaftliche, einschließlich genetischer Untersuchungen verwendet werden kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass relevante klinische Unterlagen zur Person des Spenders einschließlich darin enthaltender Angaben zur Familienanamnese dem Brain-Net zur Verfügung gestellt werden.
- Dem Austausch der klinischen und neuropathologischen Daten zwischen dem Nationalen Referenzzentrum für Surveillance Transmissibler Spongiformer Enzephalopathien am Universitätsklinikum Göttingen und dem Zentrum für Neuropathologie und Prionforschung der Ludwig-Maximilians-Universität München, zu dem auch das Brain-Net gehört, stimme ich zu. Dieser dient der gemeinsamen Erstellung des Befundes.
- Für den Spender und die Hinterbliebenen entstehen durch die Gewebespende keine Kosten.
- Im Falle des Ablebens ist bitte zeitnah, möglichst tagsüber, die Zentrale des Brain-Net unter der Tel.-Nummer 089 / 2180-78345 zu verständigen.

Datenschutz:
Nur die Mitarbeiter des Brain-Net bzw. des Referenzzentrums haben Zugang zu Unterlagen, in denen der Spender namentlich genannt wird. Diese Personen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Gesetzen und Vorschriften des Datenschutzes verpflichtet.
Die Erfassung der klinischen Daten und der Ergebnisse der pathologischen und ggf. genetischen Untersuchungen in einer Datenbank erfolgt ausschließlich zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken in pseudonymisierter Form, d. h. der Spender wird darin nicht namentlich genannt.

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen werden.

Ich habe das Aufklärungsmaterial erhalten. Ich habe das Aufklärungsmaterial gelesen und / oder mich von einem Arzt oder Mitarbeiter des Brain-Net beraten lassen.

Name des Arztes / Brain-Net Mitarbeiters: _____
(falls zutreffend) Unterschrift / Stempel

Ich fühle mich ausreichend über die Gewebespende und die Arbeit des Brain-Net informiert.

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Angehörigen: _____



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

REFERENZZENTRUM FÜR SPONGIFORME ENCEPHALOPATHIEN
ZENTRUM FÜR NEUROPATHOLOGIE UND PRIONFORSCHUNG
KOMMISSARISCHER LEITER: PROF. DR. MED. ARMIN GIESE



Einverständniserklärung zur Obduktion und Gewebespende

Kopie

Name und Vorname des Spenders: _____ Bitte an das Brain-Net senden

Geboren am: _____

Adresse: _____

Name des Angehörigen / gesetzl. Betreuers: _____

Beziehung zum Spender: _____

(Ehepartner, Kind, gesetzl. Betreuer, etc.)

Hiermit bestätige ich, 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.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Gewebe pseudonymisiert aufbewahrt wird und für wissenschaftliche, einschließlich genetischer Untersuchungen verwendet werden kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass relevante klinische Unterlagen zur Person des Spenders einschließlich darin enthaltender Angaben zur Familienanamnese dem Brain-Net zur Verfügung gestellt werden.
- Dem Austausch der klinischen und neuropathologischen Daten zwischen dem Nationalen Referenzzentrum für Surveillance Transmissibler Spongiformer Enzephalopathien am Universitätsklinikum Göttingen und dem Zentrum für Neuropathologie und Prionforschung der Ludwig-Maximilians-Universität München, zu dem auch das Brain-Net gehört, stimme ich zu. Dieser dient der gemeinsamen Erstellung des Befundes.
- Für den Spender und die Hinterbliebenen entstehen durch die Gewebespende keine Kosten.
- Im Falle des Ablebens ist bitte zeitnah, möglichst tagsüber, die Zentrale des Brain-Net unter der Tel.-Nummer 089 / 2180-78345 zu verständigen.

Datenschutz:

Nur die Mitarbeiter des Brain-Net bzw. des Referenzzentrums haben Zugang zu Unterlagen, in denen der Spender namentlich genannt wird. Diese Personen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Gesetzen und Vorschriften des Datenschutzes verpflichtet.

Die Erfassung der klinischen Daten und der Ergebnisse der pathologischen und ggf. genetischen Untersuchungen in einer Datenbank erfolgt ausschließlich zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken in pseudonymisierter Form, d. h. der Spender wird darin nicht namentlich genannt.

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen werden.

Ich habe das Aufklärungsmaterial erhalten. Ich habe das Aufklärungsmaterial gelesen und / oder mich von einem Arzt oder Mitarbeiter des Brain-Net beraten lassen.

Name des Arztes / Brain-Net Mitarbeiters: _____
(falls zutreffend) Unterschrift / Stempel

Ich fühle mich ausreichend über die Gewebespende und die Arbeit des Brain-Net informiert.

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Angehörigen: _____