



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 2180-78037

Einwilligungserklärung zur Obduktion und Gewebespende

Name u. Vorname der Spenderin/des Spenders: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Name der/des Angehörigen: _____

Beziehung zur Spenderin/zum Spender: _____

Diese Einwilligung entspricht dem mutmaßlichen Willen der Spenderin/des Spenders.

Ich bin damit einverstanden, dass nach dem Ableben der Spenderin/des Spenders eine (bitte 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, die Art der Aufbewahrung und eine eventuelle Weitergabe von Gewebeproben ausreichend informiert. Für die Hinterbliebenen entstehen durch die Gewebespende keine Kosten.

Im Fall des Ablebens der Spenderin/des Spenders ist bitte zeitnah, möglichst tagsüber, die Neurobiobank München unter der Telefonnummer **089 2180-78345** zu verständigen.

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, 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 willige ein, dass relevante klinische Unterlagen zur Person der Spenderin/des Spenders einschließlich darin enthaltener Angaben zur Familienanamnese der Neurobiobank München zur Verfügung gestellt und die betreffenden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden.

Ich willige ein, dass die Daten pseudonymisiert an Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen, ggf. auch im Ausland, für medizinische Forschungsvorhaben weitergegeben werden dürfen. Gewebe und Daten dürfen unbefristet für medizinische Forschungsvorhaben verwendet werden.

Die Neurobiobank München versichert Ihnen, die Daten Ihrer/Ihres Angehörigen 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). ☐ ja ☐ nein

Ort und Datum _____

Unterschrift der/des Angehörigen _____

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

Name der Ärztin/des Arztes der Neurobiobank: _____

Unterschrift/Stempel