

Einwilligungserklärung zur Hochdosis- Chemotherapie und autologen Stammzelltransplantation

Name / Vorname der Patientin, des Patienten *(oder Name der gesetzlichen Vertretung)*:

Die oder der Unterzeichnende (oder deren gesetzliche Vertretung) bestätigt folgende Punkte:

- Ich wurde über die Diagnose und die Art meiner Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.
- Ich wurde über die Art und den Ablauf der Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation inkl. deren Risiken informiert.
- Ich habe die Informationen für Patientinnen und Patienten zur autologen Blutstammzelltransplantation auf dieser Website gelesen und den Inhalt verstanden.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen und bin mit der Durchführung der Hochdosis-Chemotherapie und Blutstammzelltransplantation einverstanden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass mir das Recht zusteht, die Einwilligung zu verweigern oder eine einmal erteilte Zustimmung zu widerrufen. Daraus ergeben sich keine Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung.
- Ich wurde darüber informiert, dass durch die zuständigen autorisierten Fachleute der Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy (SBST) Daten ohne Angabe des Namens der Patientin, des Patienten an folgende internationale Register weitergeleitet werden: EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation für Europa), Eurocord (Transplantationen mit Nabelschnurblut) und CIBMTR (Center for International Blood and Marrow Transplant Research, weltweit). Die Daten werden dort gesammelt und wissenschaftlich ausgewertet. Diese Informationen sind anonymisiert und nur für Fachpersonen zugänglich. Ein Teil dieser Daten wird vom Bundesamt für Gesundheit eingesehen und überprüft werden. Alle autorisierten Personen unterstehen der Schweigepflicht.
- Die vorliegende Erklärung gilt bis auf Widerruf. Die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen bezüglich der Blutstammzelltransplantation werden jedoch auch nach Widerruf an die zuständigen Behörden weitergegeben.

- Bei Kindern gilt diese Einverständniserklärung bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres. Bei Bedarf werden wir Sie danach für eine weitere Einverständniserklärung erneut kontaktieren.

Ja, ich bin mit der Durchführung der Blutstammzelltransplantation einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Transplantationsdaten für wissenschaftliche Untersuchungen innerhalb der Schweiz verwendet werden. Diese Untersuchungen werden in codierter Form durchgeführt:

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine bis dahin nicht benötigten Stammzellen nach 10 Jahren ohne Namenskennzeichnung für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. Dieses Material ist nur für Fachpersonen zugänglich, die alle der Schweigepflicht unterstehen:

Ja Nein

Ich habe verstanden, dass meine Stammzellen nach 10 Jahren vernichtet oder für Forschungszwecke (siehe oben) eingesetzt werden können, falls ich diese bis dahin nicht für mich selber benötigt habe. Es steht mir frei, vor Ablauf dieser Frist mit dem Stammzellzentrum Kontakt aufzunehmen und eine weiterführende (privat organisierte und finanzierte) Lagerung zu veranlassen:

Ja Nein

Name der Patientin, des Patienten (*oder Name der gesetzlichen Vertretung*):

Unterschrift:

Ort und Datum:

Name der gesprächsführenden Ärztin, des gesprächsführenden Arztes:

Unterschrift:

Ort und Datum:
