

## **Informationsblatt zur Weitergabe persönlicher Daten an den Stammzellspender**

Bevor Sie sich dazu entschließen, Ihre persönlichen Daten an den Spender Ihrer Stammzellen weiterzugeben, möchten wir Ihnen einige Überlegungen mit auf den Weg geben.

Natürlich stehen für Sie als Patient vor allem die positiven Aspekte eines Adressaustauschs im Vordergrund, wie z.B. dass Sie Ihren „genetischen Zwilling“ persönlich kennenlernen können und dass sich vielleicht, wie bei vielen bereits erfolgten Begegnungen, eine dauerhafte und wertvolle Freundschaft entwickeln kann.

Der Austausch persönlicher Daten birgt aber auch Risiken.

Sie stehen nach erfolgtem Adressaustausch nicht mehr unter dem Schutz der Anonymität, den Ihnen die Spenderdatei und auch die Transplantationsklinik gewährleistet haben. Sollten zwischen Ihnen und dem Spender Forderungen oder Unstimmigkeiten aufkommen, können DKMS und Transplantationsklinik keinen Einfluss mehr darauf nehmen.

Zwischen Ihnen und dem Spender stimmen wichtige Gewebemerkmale überein. Das heißt aber nicht, dass Sie beide auch sonst in allen Belangen genetisch identisch oder sich ähnlich sind. Neben den spannenden Fragen von bestehenden Gemeinsamkeiten zwischen Ihnen und dem Spender können auch Differenzen bestehen. So kann ein Kontakt schwierig sein oder werden oder auch abbrechen.

Für offene Fragen stehen wir Ihnen sehr gern unter 07071 943 2303 oder per E-Mail unter [donor2patient@dkms.de](mailto:donor2patient@dkms.de) zur Verfügung.

Vielen Dank!

Ihre Abteilung Spender-Patienten Kontakte

Bitte zurücksenden an:

DKMS gemeinnützige GmbH  
Spender-Patienten Kontakte  
Kressbach 1  
72072 Tübingen

Fax: 07071 943 1399  
donor2patient@dkms.de

**Einverständniserklärung von**

Vorname: .....  
Nachname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Patientennummer: .....

**Ja, ich stimme der Weitergabe folgender persönlicher Daten zu:**  
Bitte tragen Sie hier nur die Daten ein, die an den Stammzellspender weitergegeben werden dürfen.

**Name**  
**Adresse**  
**PLZ / Ort**  
**Geburtstag**  
**Telefon**  
**Email**

Ich bin damit einverstanden, dass die handschriftlich eingefügten Daten an den Stammzellspender weitergegeben werden. Ist die Weitergabe der freigegebenen Daten erfolgt, kann das Einverständnis nicht widerrufen werden.

\* Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die Daten zu diesem Zwecke von der DKMS im Sinne des Bundesdatenschutzgesetz erhoben, verarbeitet und genutzt werden können. Die DKMS darf mich anhand der angegebenen Daten kontaktieren.

.....  
Datum .....  
Unterschrift Patient  
Bei minderjährigen Patienten bitten wir um die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**Nein, ich stimme der Weitergabe meiner persönlichen Daten an den Spender nicht zu.**

.....  
Datum .....  
Unterschrift Patient

Ich benötige noch Bedenkzeit. Bitte kontaktieren Sie mich am ..... wieder.

\* Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Dieser Widerruf kann schriftlich bei der DKMS (DKMS gemeinnützige Gesellschaft mbH, Spender-Patienten Kontakte, Kressbach 1, 72072 Tübingen) oder in Textform per E-Mail (donor2patient@dkms.de) eingereicht werden.