

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich,
Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

bin damit einverstanden, dass über das Zentrale Knochenmarkspender-Register für die Bundesrepublik Deutschland (ZKRD) für

mich

mein Kind _____

Nachname, Vorname

im In- und Ausland nach einem nicht verwandten Blutstammzellspender gesucht wird. Ich wurde von dem behandelnden Arzt über Durchführung und Risiken einer Blutstammzelltransplantation mit einem nicht verwandten Spender eingehend aufgeklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Suche meine persönlichen Daten / die Daten meines Kindes im ZKRD in schriftlicher und elektronischer Form gespeichert werden. Diese Daten können im notwendigen und im Rahmen einer Spendersuche üblichen Umfang an andere beteiligte Institutionen im In- und Ausland in schriftlicher oder elektronischer Form weitergegeben werden. Die abrechnungsrelevanten Daten werden analog zu §28 BDSG an verbundene Unternehmen im Konzern weitergegeben.

Das ZKRD wird ermächtigt, alle im Rahmen der Spendersuche anfallenden Kosten direkt mit meiner Krankenkasse/Krankenversicherung (nachstehend Anschrift und Versicherungsnummer) abzurechnen und die dafür erforderlichen Informationen weiterzugeben. Dazu zählt insbesondere die Weitergabe ärztlicher Gutachten oder ähnlicher der ärztlichen Schweigepflicht unterliegenden Informationen zur Erwirkung der Kostenübernahme für die Spendersuche.

Krankenkasse/
Krankenversicherung: _____

Anschrift: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Sollte dieser Kostenträger Erstattungsbeträge an mich selbst überweisen, werde ich die Gelder unverzüglich an das ZKRD weiterleiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Nur eine vollständig ausgefüllte Einverständniserklärung kann bearbeitet werden!