



BAWAG P.S.K.
IBAN: AT086000000510112628
BIC: BAWAATWW

.....
Stempel der Anstalt

Anmeldung der Patientin / des Patienten zur Stammzellspendersuche

Medizinische Daten

.....
Familiennamen

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

Geschlecht (bitte ankreuzen)

☐ männlich

☐ weiblich

Gewicht:

Körpergröße:

Blutgruppe:

Rh-Faktor:

CMV-Status (bitte ankreuzen):

☐ CMV positiv

☐ CMV negativ

Diagnose:

Datum der Diagnose (Monat/Jahr):

Derzeitiges Erkrankungsstadium (bitte ankreuzen):

☐ komplette Remission

☐ partielle Remission

☐ refraktär

Kommentar:

Transplantationszentrum:

Erfolgt die Transplantation im eigenen Haus?

☐ ja

☐ nein

Es wird bestätigt, dass die Patientin / der Patient am
im Transplantationszentrum
als Transplantationskandidat/-in angemeldet wurde. Eine Kopie des Schreibens an das
Transplantationszentrum liegt dieser Anmeldung bei.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

FM 2.1

.....
Stempel der Anstalt

Anmeldung der Patientin / des Patienten zur Stammzellspendersuche

Suchstrategie

- Es wird ein möglichst junger gewebeverträglicher Spender gesucht.
- Im Falle eines Gewebeunterschiedes werden für die Patientin / den Patienten

.....
Familiename

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

bis zu Mismatches akzeptiert.
(Anzahl der Mismatches)

- Bei Identifizierung potenzieller Spender/innen werden notwendige weitere Untersuchungen eingeleitet. Die Suche wird unmittelbar nach Eingang der Anmeldung und des HLA-Befundes durchgeführt und – falls erforderlich – einmal pro Quartal wiederholt.

Kriterien für die Spenderauswahl (bitte angeben):

- Bei Mismatch-Suche: kein Mismatch erwünscht in ☐ HLA-C
☐ HLA-DRB1
- Alter
☐ nein
☐ ja
Alter bis: Jahre
- CMV-Status
☐ nein
☐ ja
erwünschter CMV-Status: ☐ CMV negativ
☐ CMV positiv

.....
Datum

.....
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

FM 3.1



.....
Stempel der Anstalt

Anmeldung der Patientin / des Patienten zur Stammzellspendersuche

Einverständnis der Patientin / des Patienten

Zustimmungserklärung zur Übermittlung von Daten gemäß § 7 Abs. 1 Z 2 Datenschutzgesetz

Hiermit erteile ich die Zustimmung, dass die ärztlichen Mitarbeiter/-innen der obigen Anstalt folgende Daten über mich dem Österreichischen Stammzellregister übermitteln:

Familienname, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer und Sozialversicherung, Versicherter (falls Patient nicht selbst versichert ist), Krankenanstalt, in der ich behandelt werde, Diagnose, Erkrankungsstadium, Blutgruppe, Rhesusfaktor, Körpergröße, Körpergewicht, HLA-Typisierungsmerkmale, Infektionsstatus (serologische und PCR-Tests).

Diese Daten werden zur Einleitung und Durchführung einer Blutstammzellfremdspendersuche und Organisation der Blutstammzellspende im Falle eines gefundenen nichtverwandten Spenders benötigt.

Ich bin mit der in diesem Zusammenhang erforderlichen Weitergabe der medizinisch notwendigen Daten an Spenderregister in allen Staaten der Welt einverstanden. Diese Daten werden auch automationsunterstützt verarbeitet.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen. Ein Widerruf hat keine rechtlichen Folgen für mich, bedeutet jedoch, dass die Suche nach einem Blutstammzellfremdspender bzw. die Vorbereitungen einer Blutstammzelltransplantation mit einem nichtverwandten Spender nicht fortgesetzt werden können.

.....
Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten

Versicherungsdaten der Patientin / des Patienten

.....
Familienname Vorname

| | | | | |
|---------------------|-----------|-----|-------|------|
| Versicherungsnummer | | | | |
| | Vers. Nr. | Tag | Monat | Jahr |

Versicherter (falls Patient/in nicht selbst versichert ist):

Sozialversicherung der Patientin / des Patienten:

- ☐ ÖGK – ☐ BV öff. Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)
- ☐ SV der Selbständigen (SVS) ☐ Sonstige:

FM 4.2