

Universitätsmedizin Göttingen, 37099 Göttingen
Institut für Neuropathologie, UMG, Robert-Koch-Str. 40, 37099 Göttingen

Institut für Neuropathologie

Direktorin:

Prof. Dr. med. Christine Stadelmann-Nessler

37099 Göttingen **Briefpost**

Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen **Adresse**

0551 / 39-67575 **Telefon Sekretariat**

0551 / 39-67574 **Befundanfragen**

0551 / 39-10800 **Fax**

neuropat@med.uni-goettingen.de **Email**

www.neuropathologie.med.uni-goettingen.de

07. Oktober 2022



Einverständniserklärung

zur wissenschaftlichen Untersuchung des im Rahmen einer
Obduktion entnommenen Gewebes bei einer chronisch
entzündlichen Erkrankung des Nervensystems
(MS-Spenderprogramm)

Name und Vorname _____

Geboren am: _____

Wohnhaft: _____

Hiermit willige ich ein, dass, wie in der Informationsschrift beschrieben, nach meinem Ableben die im Rahmen einer Obduktion entnommenen Gewebe zu Forschungszwecken weiterverwendet werden dürfen. Das Eigentum an den Biomaterialien übertrage ich an die MS Brain Bank des KKNMS e.V.

Ich bin damit einverstanden, dass Teile des entnommenen Gewebes pseudonymisiert aufbewahrt werden und für wissenschaftliche Untersuchungen herangezogen werden können.

Ich habe die Informationsschrift gelesen und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Ich willige in die Einsicht der klinischen Akten durch die untersuchenden Neuropathologen ein. Die Biomaterialien und Daten dürfen unbefristet für medizinische Forschungsvorhaben verwendet werden. Sie dürfen pseudonymisiert an Universitäten, Forschungsinstitute und forschende Unternehmen, ggf. auch im Ausland, zu Zwecken medizinischer Forschung weitergegeben werden.

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen werden. Alle Daten werden dann gelöscht und die eventuell noch vorhandenen Proben aus der MS Brain Bank entfernt. Daten aus bereits durchgeführten Analysen werden dann anonymisiert, in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt.

Ich gebe diese Einwilligung unter der Voraussetzung, dass durch die Maßnahmen im Rahmen dieses Forschungsprojektes für mich und meine Angehörigen keinerlei Kosten entstehen.

Es ist mein Wille, dass im Falle meines Todes möglichst zeitnah das Sekretariat des Institutes für Neuropathologie in Göttingen unter der Telefonnummer 0551/39-67575 informiert wird, so dass eine Obduktion in die Wege geleitet werden kann.

Datenschutz: Ich willige hiermit in die Speicherung, Archivierung, Verarbeitung und gegebenenfalls in die Weitergabe der erhobenen Daten ein. Die Erfassung der personenbezogenen Daten in einer Datenbank erfolgt ausschließlich zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken in pseudonymisierter Form (d.h. der Name wird durch einen Code ersetzt). Ich werde niemals darin namentlich genannt. Die Weitergabe und anschließende Nutzung der pseudonymisierten Daten und Proben aus der MS Brain Bank ist ordentlichen und assoziierten Mitgliedern des Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS), einem Netzwerk deutscher Universitäten, wissenschaftlichen Einrichtungen und assoziierten MS-Behandlungszentren) und Dritten (nationale und internationale Universitäten und wissenschaftliche Einrichtungen) für Projektzwecke auf Antrag möglich. Die Lagerung der Gewebeproben erfolgt für 20 Jahre in der MS-Brain Bank im Institut für Neuropathologie der Universitätsmedizin Göttingen. Die lange Lagerung begründet sich dadurch, dass erstmals eine systematische, große Sammlung von Gewebeproben für chronisch entzündliche Erkrankungen entsteht, auf die auch in Zukunft zurückgegriffen werden kann. Um über die 20 Jahre hinaus auf die Daten zurückgreifen zu können, d.h. eine korrekte unbegrenzte Datenspeicherung zu sichern, ist es geplant die Daten in die Biomaterialbank der Universitätsmedizin Göttingen (UMGB) zu integrieren. Die Integration der Daten in der UMGB erfolgt unter Gewährleistung der gesetzlichen Datenschutzregeln. Diese Erklärung kann jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen werden. Alle Daten werden dann gelöscht werden und die eventuell noch vorhandenen Proben/Daten werden aus der MS Brain Bank entfernt.

Ort und Datum: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Aufklärender Arzt: 

(digital eingefügt)