



Avec la participation / Mit der Teilnahme :

Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP)
of the Stefan-Morsch-Stiftung
Dambacher Weg 5
55765 Birkenfeld
Germany

Tél: (+49) 6782 9933-70
Fax: (+49) 6782 9933 55-79
E-Mail: lux@stefan-morsch-stiftung.de

www.stefan-morsch-stiftung.de



Association Don de Moelle du Luxembourg asbl
168, rue des Romains
L- 8041 Strassen
Grand-Duché de Luxembourg

Renseignements / Informationen : Tel.: (+352) 661 777 777

BGL BNP PARISBAS IBAN LU80 0030 8573 6415 0000
(Informations sur le don de tissus humains)

www.dondemoelle.lu



Association Don de Moelle du Luxembourg

Fichier des donneurs Datei für die freiwillige Knochenmark- /Stammzellenspende

Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP) of the Stefan-Morsch-Stiftung
Dambacher Weg 5 / 55765 Birkenfeld / Germany

Déclaration d'engagement volontaire initial

Par la présente, je soussigné(e), donne mon accord pour être donneur de moelle osseuse ou de cellules souches au bénéfice d'un(e) malade inconnu(e), sans aucun lien de parenté. Ce don sera volontaire, anonyme et bénévole.

J'ai lu et pris connaissance des informations sur le don de moelle ou de cellules souches, et j'ai eu l'occasion de m'informer dans le cadre de l'entretien pré-don.

Je donne mon accord à un prélèvement de sang (d'environ 5,6 ml) ou à un frottis buccal pour la détermination de mon groupe tissulaire (HLA) et des sérologies virales nécessaires. Un échantillon du prélèvement sera conservé et utilisé en vue de tests complémentaires de recherche de compatibilité. Je donne également mon accord pour me soumettre le cas échéant et en cas de besoin à d'autres investigations médicales nécessaires à cet effet.

J'accepte que mes données personnelles ainsi que les données en relation avec mon groupe tissulaire soient inscrites et conservées dans la banque de données de la Fondation **Stefan-Morsch-Stiftung / Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP)** et ce conformément aux dispositions légales sur la protection des données. J'accepte que mes données (HLA, date de naissance, sexe) soient transmises de façon anonyme au registre central en Allemagne (ZKRD, Ulm), et aux autres registres internationaux. Mes données ne pourront pas être transmises à des tiers sans mon accord formel.

Le présent engagement est révocable à tout moment et ce, sans justifications. Je m'engage à signaler tout changement d'adresse, de numéro de téléphone et d'adresse e-mail.

J'accepte de recevoir des informations par l'intermédiaire du fichier des donneurs, de la Fondation **Stefan-Morsch-Stiftung / Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP)** ou de la fondation du **Don de Moelle d'Allemagne (SDK)**.

Einverständniserklärung zur Knochenmark- bzw. Blutstammzell-Spende

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft, freiwillig und unentgeltlich für einen mit mir nicht verwandten oder unbekannten Patienten Knochenmark bzw. Blutstammzellen zu spenden. Das Informationsschreiben über die freiwillige Knochenmark- bzw. Blutstammzell-Spende habe ich gelesen und verstanden. Außerdem hatte ich Gelegenheit, mich mündlich zu informieren. Ich bin mir über Ausschlusskriterien, Zweck und Vorgehensweise der Blutentnahme und Knochenmark- bzw. Blutstammzellspende sowie die damit im Zusammenhang stehenden Risiken im Klaren. Ich bin einverstanden, dass mir ca. 5,6 ml Blut oder eine Mundschleimhautprobe für eine molekularbiologische Bestimmung meiner Gewebemerkmale (HLA-Testung) entnommen und isolierte Zellen oder DNA für eine spätere Testung eingefroren werden. Weiterhin erkläre ich mich zu ggf. erforderlichen weiterführenden Untersuchungen bereit.

Ich bin damit einverstanden, dass meine unten angegebenen persönlichen Daten und meine HLA- Gewebemerkmale unter Einhaltung der **Datenschutzbestimmungen im EDV-System der Stefan-Morsch-Stiftung / Luxembourg Marrow Donor Program (LMDP)** gespeichert werden. Ich stimme einer Weitergabe meiner transplantations- und suchrelevanten Daten (HLA-Merkmale, Geburtsdatum, Geschlecht) und anonymisierten Personenkenziffer an das deutsche Zentralregister (ZKRD, Ulm), internationale Register und suchende Einrichtungen zu. Keinesfalls dürfen meine persönlichen Daten ohne meine Zustimmung an Dritte weitergegeben werden.

Ich habe das Recht, mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Jede Änderung meiner Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse soll mitgeteilt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir Informationen über die **Stefan-Morsch-Stiftung / LMDP** und die **Stiftung Knochenmark- und Stammzellspende Deutschland (SDK)** zugesandt werden.





Quelle langue parlez-vous?
Welche Sprache sprechen Sie? DE☐ FR☐ EN☐

Numéro de donneur / Spendennummer

Remplir en majuscules s.v.p. / Bitte in Druckschrift ausfüllen :

Nom / Name

Prénom / Vorname

Date de naissance / Geburtsdatum

Sexe / Geschlecht :

☐ féminin / weiblich

☐ masculin / männlich

Adresse :

Rue / Strasse,

Numéro / Hausnummer

Code postal / PLZ

Lieu / Ort

Je suis joignable par téléphone et email au / Ich bin telefonisch und per Email erreichbar unter :

Privé / privat

avec l'indicatif / mit Vorwahl

E-mail

Bureau / dienstlich

avec l'indicatif / mit Vorwahl

GSM / Handy

avec l'indicatif / mit Vorwahl

Oui / Ja Non / Nein

☐

☐

Avez-vous plus de 40 ans? / Sind Sie älter als 40 Jahre?

☐

☐

Avez-vous eu plus de 2 grossesses? / Hatten Sie mehr als 2 Schwangerschaften?

Lieu - date / Ort - Datum

Signature / Unterschrift

Questionnaire concernant votre état de santé / Gesundheitsfragebogen

Veuillez lire le questionnaire ci-dessous et remplissez-le consciencieusement et intégralement.
Bitte lesen Sie den nachfolgenden Fragebogen, und füllen Sie ihn gewissenhaft und vollständig aus.

☐

☐

Souffrez-vous d'une des maladies suivantes / Leiden Sie an folgenden Erkrankungen :

Oui
Ja

Non
Nein

☐

☐

Cancer ou autre néoplasie maligne (même guéri) / Krebs und andere bösartige Neubildungen (auch geheilt)

☐

☐

Diabète sucré insulino-dépendant / Insulin-pflichtiger Diabetes mellitus

☐

☐

Asthme bronchique grave nécessitant une thérapie / Schweres therapiebedürftiges Asthma bronchiale

☐

☐

Bronchite chronique obstructive grave / Schwere chronische obstruktive Bronchitis

☐

☐

Maladies cardiaques graves, telles que: maladie coronarienne, angine de poitrine, arythmie grave, infarctus du myocarde / Schwere Herzerkrankungen wie koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, schwere Arrhythmien, Herzinfarkt

☐

☐

Maladies rénales graves / Schwere Nierenerkrankungen

☐

☐

Maladies du système vasculaire telles que: maladies cérébro-vasculaires (p.ex. accident vasculaire cérébral), thrombose artérielle, thrombose veineuse répétitive / Erkrankungen des Blutgefäßsystems wie zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B.: Schlaganfall), arterielle Thrombosen, wiederkehrende venöse Thrombosen

☐

☐

Porteur permanent de salmonelles (salmonella typhi et paratyphi) / Dauerausscheidung von Salmonellen (Typhus- und Paratyphuserregern)

☐

☐

Hépatites aiguës et chroniques (jaunisse infectieuse) / Akute und chronische Hepatitis (infektiöse Gelbsucht)

☐

☐

Infection à HIV (SIDA) / HIV-Infektion (AIDS)

☐

☐

Maladies vénériennes non guéries comme syphilis ou gonorrhée / Nicht ausgeheilte Geschlechtskrankheiten wie Syphilis oder Gonorrhoe

☐

☐

Maladies auto-immunes telles que: maladie de Crohn, maladie de Basedow, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, Lupus Érythémateux / Autoimmunerkrankungen wie Morbus Crohn, Morbus Basedow, rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose, Lupus Erythematodes

☐

☐

Toxicomanies telles que dépendance médicamenteuse, dépendance alcoolique ou aux drogues illicites / Suchterkrankungen wie Medikamenten-, Rauschgift- oder Akoholsucht

☐

☐

Maladies infectieuses existantes ou passées telles que p. ex. Babésiose, trypanosomiasés (maladie du sommeil ou de Chagas), leishmaniose, malaria, lèpre, brucellose, rickettsiose, fièvre récurrente, tularémie (peste du lièvre) / Bestehende oder abgelaufene tropische Infektionskrankheiten wie z.B. Babesiose, Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit), Leishmaniasis, Malaria, Lepra, Brucellose, Rickettsiose, Rückfallfieber, Tularämie (Hasenpest)

☐

☐

Maladies sanguines héréditaires telles que thalassémie, drépanocytose / Erbliche Bluterkrankheiten wie z.B. Thalassaemie, Sichelzellanämie

☐

☐

Avez-vous été traité avec des hormones hypophysaires du type hormone de croissance? / Wurden Sie mit Hypophysenhormonen z. B. Wachstumshormonen behandelt

☐

☐

Changez vous (souvent) de partenaire sexuel ? / Haben sie viele wechselnde Sexualpartner?

☐

☐

Avez-vous eu une transplantation de tissu ou d'un organe d'origine animale? / Erhielten Sie eine Transplantation mit einem Gewebe oder Organ tierischen Ursprungs?

☐

☐

Existe-il des antécédents de maladie de Creutzfeldt-Jakob dans la famille? / Creutzfeldt-Jakob Anamnese in der Familie

☐

☐

Souffrez vous de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob; avez vous été l'objet d'une transplantation de dure-mère ou de cornée? / Creutzfeldt-Jakob Erkrankung sowie Transplantation von Dura mater (herter Hirnhaut) oder Cornea (Hornhaut)

☐

☐

Maladies qui revendiquent des explications individuelles / Erkrankungen, die eine individuelle Klärung erfordern

Oui
Ja

Non
Nein

☐

☐

Hypertension / Bluthochdruck

☐

☐

Bronchites / Bronchitis

☐

☐

Allergies - lesquelles? / Allergien - welche?

☐

☐

Informations supplémentaires / Zusätzliche Informationen

Groupe sanguin (si connu):
Blutgruppe (falls bekannt)

Taille:
Körpergröße

Poids:
Körpergewicht

Je confirme que je n'ai jamais souffert, je ne souffre pas de maladies graves et durables et que je pense être en bonne santé. Ich bestätige, dass ich nicht an schweren und dauerhaften Erkrankungen gelitten habe bzw. leide und meines Wissens gesund bin.

Lieu/date
Ort/Datum

Signature
Unterschrift

