



**Briefpost:** 37099 Göttingen

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

**Telefon Sekretariat Prof. Brück :** ++49 (0)551 / 39-67575

**Fax Sekretariat Prof. Brück :** ++49 (0)551 / 39-10800

**E-Mail:** neuropat@med.uni-goettingen.de

17.10.2022



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

Name und Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Verstorben am: \_\_\_\_\_

Wohnhaft: \_\_\_\_\_

Angehörige(r) \_\_\_\_\_

Verwandtschaftliches Verhältnis zum Verstorbenen \_\_\_\_\_

(1. Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner, 2. Volljährige Kinder, 3. Elternteil/ Sorgerechtigter)

Hiermit willige ich ein, wie in der Informationsschrift beschrieben, dass bei meinem verstorbenen Angehörigen, 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 meines verstorbenen Angehörigen 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 meines verstorbenen Angehörigen durch die untersuchenden Neuropathologen ein.

Die Biomaterialien und Daten meines verstorbenen Angehörigen 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 werden 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 die Angehörigen des Verstorbenen keinerlei Kosten entstehen.

Es ist mein Wille, dass im Falle des Todes meines Angehörigen möglichst zeitnah das Sekretariat des Institutes für Neuropathologie in Göttingen unter der Telefonnummer 0551/3922700 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 meines Angehörigen 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). Mein Angehöriger wird niemals darin namentlich genannt. Die Weitergabe und anschließende Nutzung der pseudonomysierten 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: \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Angehörigen: \_\_\_\_\_

Aufklärender Arzt:   
(digital eingefügt)