



TRANSPLANTATIONSZENTRUM REGENSBURG KLINIKUM DER UNIVERSITÄT REGENSBURG
KLINIKEN FÜR CHIRURGIE · HERZ – THORAX – CHIRURGIE · INNERE MEDIZIN I · INNERE MEDIZIN II
Franz-Josef-Strauß-Allee 11· 93053 Regensburg · Telefon: 0941/944-6900, - 6903 · Telefax: 0941/944-6902
TX-Zentrum@klinik.uni-regensburg.de

Einverständniserklärung

Name: _____

Mir ist bekannt, dass es im Rahmen einer Nierentransplantation zur Übertragung Von Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis oder HIV) kommen kann. Dieser Gefahr wird weitgehend durch Bluttests (Hepatitis- und HIV- Test) vorgebeugt, ein minimales Restrisiko kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Weiterhin ist mir bekannt, dass im Rahmen der Nierentransplantation die Gabe von Fremdblutkonserven erforderlich werden kann, auch hierbei besteht das Restrisiko einer Hepatitis- oder HIV- Infektion. Die Gabe von Eigenblutkonserven ist aufgrund des Notfallcharakters der Fremdnierentransplantation nicht möglich.

Regensburg, den

.....
Unterschrift Patient

.....
Unterschrift Arzt

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass für statistische Zwecke die erforderlichen Daten über meine Krankheit und Ihren Verlauf an folgende Institute, unter Einhaltung der Vorschriften der Datenschutzbestimmungen und der ärztlichen Schweigepflicht, übermittelt werden:

- CTS Studie (Prof. Opelz)
- BQS (Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung)
- Reform C Studie der Medizinischen Klinik II am Klinikum Regensburg
- Bei Anmeldung zur Transplantation: Eurotransplant in Leiden (Holland)

Die Auswertungen dienen der Verbesserung von Behandlung und Versorgung der Patienten im Bereich der Dialyse und Transplantation. Die Teilnahme an der Erhebung ist freiwillig. Mir ist versichert worden, dass die Nichtteilnahme für mich ohne Nachteil ist.

Regensburg, den.....

.....
(Unterschrift)