

## Spender-Einverständnis

Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis, für die im vorangegangenen Informationsblatt vorgestellte **“Studie zum historisch-genetischen Hintergrund der Besiedlung des Tiroler Alpenraums“** einen minimalen Anteil Ihrer Blutspende (ca. 4 ml) verwenden zu dürfen. Wir bitten Sie daher, folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben:

Ich stimme zu, dass meine Blutprobe und meine im Fragebogen freiwillig zur Verfügung gestellten persönlichen Daten für die **historisch-genetische Untersuchung zur Besiedlung des Tiroler Alpenraums** verwendet werden. Dabei werden kleinste Abschnitte meiner DNA untersucht. Meine Daten werden nur im gesetzlich dafür vorgesehenen Rahmen und nur zur Beantwortung der in dieser Studie notwendigen wissenschaftlichen Fragen verwendet. Dabei werden KEINE Untersuchungen über erbliche Veranlagungen, wie z. B. Krankheiten, durchgeführt.

Weiters stimme ich zu, dass ich falls notwendig im Rahmen dieser Studie erneut kontaktiert werden darf.

Ich hatte bei der Blutabnahme Gelegenheit, Fragen zu stellen und wurde ausreichend aufgeklärt.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen, sodass ab dem Zeitpunkt meines Widerrufs mein Probenmaterial nicht mehr für Forschungszwecke verwendet werden darf.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass eine allfällige Ablehnung und/oder der spätere Widerruf der Einwilligung keinen wie immer gearteten Nachteil nach sich ziehen wird, insbesondere auch nicht für die weitere medizinische Behandlung.

<hr/> Ort, Datum	<hr/> Ort, Datum
<hr/> Name des Probanden (in Blockschrift)	<hr/> Name des wiss. Mitarbeiters
<hr/> Unterschrift des Probanden	<hr/> Unterschrift des wiss. Mitarbeiters

**Bei Interesse an einer Teilnahme bringen Sie bitte die unterschriebene Einwilligungserklärung und den ausgefüllten Prüfbogen zum Blutspendetermin mit. (Bitte nur die grau unterlegten Felder ausfüllen)**

# Prüfbogen

für Teilnehmer (Probanden) an der  
Studie zum historisch-genetischen Hintergrund der Besiedlung des Alpenraums

*\*Bitte nur grau unterlegte Felder ausfüllen*

Ort:
Datum:
Name/Kürzel des wiss. Mitarbeiters:

Feld für Barcode

--

## Proband:

Name:	Vorname:
-------	----------

Wohnort Ihrer Familie zum Zeitpunkt Ihrer Geburt (- nicht Standort der Geburtsklinik)
---

Geburtsdatum:
---------------

## Vater des Probanden:

(wenn bekannt)

Name:	Vorname:
-------	----------

Woher stammt Ihr Vater?
-------------------------

Geburtsdatum(-jahr):
----------------------

## Großvater des Probanden (väterliche Linie):

(wenn bekannt)

Name:	Vorname:
-------	----------

Woher stammt Ihr Großvater?
-----------------------------

Geburtsdatum(-jahr):
----------------------