



INTERNATIONALER HAFTUNGSAUSSCHLUSS

SPEZIELLE EINWILLIGUNG NACH ERFOLGTER AUFKLÄRUNG FÜR PERSONEN AUF REISEN ODER MIT WOHNSTZITZ AUSSERHALB DER VEREINIGTEN STAATEN

7895 East Acoma Drive, Suite 110
Scottsdale, AZ 85260-6916

Ich, _____, derzeit wohnhaft _____,
(Spender), ergänze hiermit folgenden Zusatz: Spezielle Einwilligung nach erfolgter Aufklärung für Personen auf Reisen oder mit Wohnsitz außerhalb der Vereinigten Staaten (Zusatz), als Anhang zur EINWILLIGUNG ZUR KRYOKONSERVIERUNG (Einwilligung).

1. Ich verstehe und akzeptiere, dass die Kryokonservierung mit modernen medizinischen oder Bestattungspraktiken nicht im Einklang steht. Ich verstehe, dass viele Ärzte, Kryobiologen und Wissenschaftler anderer Disziplinen jede vernünftige Möglichkeit eines Erfolgs einer Kryokonservierung ausschließen.
2. Ich verstehe und akzeptiere, dass die Verfahren, die eingesetzt werden, um meine Überreste der Kryokonservierung zuzuführen, technisch anspruchsvolle Verfahren sind, die speziell dafür geschultes Personal, eine Spezialausrüstung und spezielle Pharmazeutika erfordern. Ich verstehe und akzeptiere weiter, dass es am vorteilhaftesten ist, wenn der Einsatz von Ausrüstung und Pharmazeutika so bald wie möglich erfolgt, nachdem mein Herzschlag ausgesetzt hat (ein Zustand, der als „klinischer Tod“ bezeichnet wird). Ich verstehe, dass die Schwierigkeiten, außerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika ein erfahrenes Team und die erforderliche Ausrüstung sowie die erforderlichen Pharmazeutika zu beschaffen, den Erfolg des Verfahrens gefährden.
3. Mir ist bewusst, dass die Gesetze und Gebräuche von Land zu Land unterschiedlich sind. Ich stimme zu und bestätige, dass Alcor nicht verantwortlich dafür ist, die Gesetze oder Gebräuche in anderen Ländern zu kennen. Alcor ist auch nicht verantwortlich für die sozialen, rechtlichen, wirtschaftlichen oder anderen Probleme, die eine Stabilisierung, Kryokonservierung oder Erhaltung oder ein Wiederbeleben der menschlichen Überreste des Mitglieds rechtswidrig oder nicht praktikabel machen könnten. Dies gilt insbesondere dann, wenn ich zum Zeitpunkt des Kryotransports auf Reisen oder außerhalb der Vereinigten Staaten ansässig bin. Diese Probleme umfassen, ohne darauf beschränkt zu sein:
 - 3.1 Die Formulare, die ich für Alcor ausgefüllt habe, die den Gesetzen der Vereinigten Staaten von Amerika entsprechen und die meine anatomische Spende an Alcor und damit meine Kryokonservierung nach diesen Gesetzen ermöglichen, könnten von anderen Ländern nicht anerkannt werden.

- 3.2 Alcor könnte nicht zeitnah oder gar nicht den Zugriff auf meine Überreste erhalten.
- 3.3 Alcor könnte außerstande sein, meine Überreste ohne wesentliche zeitliche Verzögerungen der Kryokonservierung zuzuführen, was zu umfangreichen biologischen Gefahren führen kann.
- 3.4 Alcor könnte vollständig außerstande sein, meine Überreste der Kryokonservierung zuzuführen. Infolge der Möglichkeit von Ereignissen außerhalb der Kontrolle von Alcor gibt es keinerlei Garantie, dass meine menschlichen Überreste tatsächlich jemals kryokonserviert werden oder auf unbestimmte Zeit gelagert werden können, wenn sie kryokonserviert wurden.
4. Mir ist bewusst, dass es vorteilhaft wäre, im Fall eines gesundheitlichen Verfalls den Wohnsitz auf meine Kosten und in meiner Verantwortung in die Nähe von Alcor zu verlagern, um die oben beschriebenen Probleme zu vermeiden.

UNTERSCHRIFT DES SPENDERS

DURCH IHRE NACHFOLGENDE UNTERSCHRIFT BESTÄTIGEN SIE FOLGENDES:

1. Sie haben alle vorstehenden Bestimmungen der EINWILLIGUNG ZUR KRYOKONSERVIERUNG, auf die sich diese Ergänzung bezieht, gelesen und verstanden und stimmen ihnen zu.
2. Sie sind sich der in dieser Ergänzung „Spezielle Einwilligung nach erfolgter Aufklärung für Personen auf Reisen oder mit Wohnsitz außerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika“ beschriebenen Risiken und Einschränkungen vollständig bewusst und akzeptieren diese.
3. Die Führungskräfte, Vertreter und/oder andere Mitarbeiter von Alcor haben die Einschränkungen und Risiken zu Ihrer Zufriedenheit erklärt.
4. Sie erklären, dass die hier beschriebene Vereinbarung in Verbindung mit der **Vereinbarung zur Kryokonservierung** und der **Bewilligung der anatomischen Spende** Ihren letzten Willen darstellen, was die Verfügung über Ihre menschlichen Überreste nach der Feststellung Ihres Todes im rechtlichen Sinne betrifft.
5. Hiermit erteilen Sie Ihre Bewilligung und Zustimmung.

Unterschrift des Spenders

_____. _____ .20____
Monat Tag Jahr

Uhrzeit

ZEUGEN

2 (zwei) Zeugen müssen in Gegenwart voneinander und des Spenders unterzeichnen. Zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dürfen die Zeugen keine Familienmitglieder des Spenders, Gesundheitsdienstleister irgendeiner Art oder Direktoren, leitende Angestellte oder Vertreter von Alcor sein.

DURCH IHRE UNTERSCHRIFT ALS ZEUGE BESTÄTIGEN SIE FOLGENDES:

1. Der Spender hat Ihnen versichert, dass er/sie die Zwecke und Bestimmungen dieser Ergänzung „Spezielle Einwilligung nach erfolgter Aufklärung für Personen auf Reisen oder mit Wohnsitz außerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika“ versteht und ihnen zustimmt.

2. Der Spender hat erklärt, dass im Hinblick auf die Verfügung über seine/ihre Leiche und Person nach Feststellung des Todes im rechtlichen Sinne die Kryokonservierung sein/ihr letzter Wunsch ist.

BEZEUGT AM (MM.DD.YY) _____ . _____ .20____ UHRZEIT _____

1. Unterschrift _____

 Name in Druckschrift _____

Sozialversicherungsnummer (optional) _____

 Anschrift _____

Stadt, Bundesstaat, PLZ _____

2. Unterschrift _____

 Name in Druckschrift _____

Sozialversicherungsnummer (optional) _____

 Anschrift _____

Stadt, Bundesstaat, PLZ _____