

Spenderidentität
kontrolliert:

Signum

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand		
01.	Fühlen Sie sich heute am Spendetag krank oder sind Sie krankgeschrieben ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
02.	Hatten Sie in der letzten Woche <ul style="list-style-type: none"> • einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z. B. Schnupfen, Harnwegsinfekt)? • eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
03.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
04.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten beim Arzt, beim Heilpraktiker oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
05.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (<u>Bitte zutreffendes unterstreichen</u>): <ul style="list-style-type: none"> • Herz- oder Gefäßerkrankungen (z. B. Thrombose, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Embolie, Schlaganfall)? • Nervenerkrankungen (z. B. Epilepsie)? • wiederholte Ohnmachtsanfälle? • Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm? • chronische Erkrankungen wie Allergie, Zuckerkrankheit, Alkoholkrankheit oder Tumor (z. B. Krebs)? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
06.	Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut oder Plasma spenden dürfen? Hat es bei einer früheren Spende Komplikationen gegeben? Spenden Sie auch in anderen Spende-Einrichtungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
07.	Werden Sie in den 12 Stunden nach Ihrer Spende Tätigkeiten in Beruf und Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
08.	Nur für Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Waren Sie jemals schwanger? Wenn ja, wie oft? Wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können		
09.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit extrem gefährlichen Krankheitserregern (z. B. Ebolavirus) gearbeitet oder sind Sie damit anderweitig in Kontakt gekommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Wurde bei Ihnen jemals <ul style="list-style-type: none"> • eine Leberentzündung (z. B. Gelbsucht, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C) festgestellt? • eine Infektion mit dem Immunschwächevirus HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur? Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren lassen oder einer anderen Maßnahme unterzogen, die Haut oder Schleimhaut verletzt, wie Piercing, Ohrlochstechen, permanentes Make-up, Body-Modifikation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (z. B. Gelbsucht, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C) festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z. B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z. B. Injektionsnadel)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14.	Haben Sie jemals eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma, auch Eigenblut) erhalten? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung) oder eine Katheteranwendung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.	Über den Sexualverkehr können Infektionen, wie z. B. HIV oder Hepatitis übertragen werden. Direkt nach der Ansteckung mit HIV und/oder Hepatitis kann ein Spender ohne es zu wissen infiziert sein und durch sein Blut den Empfänger der Spende anstecken. Leider können Labortests eine Infektion zum Teil erst bis zu 4 Monate nach der Ansteckung nachweisen. Daher schützen Sie mit Ihrer ehrlichen Antwort die Empfänger Ihrer Spende.	
	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr <ul style="list-style-type: none"> • mit insgesamt mehr als zwei Personen? • als Mann mit einem neuen männlichen Partner oder mit mehr als einem männlichen Partner? • für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben? • mit einer Person mit einer der vorgenannten Verhaltensweisen? • mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist? • mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie in den letzten 4 Monaten eine medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt oder geschnupft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19.	Haben Sie jemals Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (Muskelaufbaupräparate, Botox)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

20.	Haben Sie jemals Frischzellen bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten? Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden? Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z. B. gegen Schlangenbisse)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21.	Sind Sie im Ausland geboren? Haben Sie jemals länger als 6 Monate im Ausland gelebt? Wenn ja, wo? Wann? Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? Wenn ja, wo? Wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals Malaria festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber oder Toxoplasmose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24.	Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden seltenen Erkrankungen festgestellt: Chagas-Krankheit (Trypanosomiasis), Brucellose, Babesiose, Leishmaniose, Lepra, Melioidose, Rückfallfieber, Hasenpest (Tularämie), Fleckfieber oder andere Rickettsiosen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut		
25.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen oder heute am Spendetag Tabletten o. a. Medikamente eingenommen, wie z. B. Antibiotika, Schmerzmittel (auch Aspirin, ASS), Mittel gegen Bluthochdruck oder andere? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
26.	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Tabletten zur Behandlung von schweren Formen von Hautekzem, Schuppenflechte oder Akne eingenommen (z. B. Toctino®, Neo-Tigason®, Aknenormin®)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
27.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, gegen welche Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen		
28.	Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeld-Jakob-Krankheit oder eine ähnliche Erkrankung festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
29.	Wurden Sie vor 1996 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse behandelt z. B. wegen Wachstumsstörungen, Endometriose, Kinderwunsch? Haben Sie jemals Hornhaut-, Hirnhaut- oder andere Transplantate erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
30.	Haben Sie sich in der Zeit zwischen dem 01.01.1980 bis 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten? Sind Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Aufklärung und Einwilligungserklärung:

- Ich bin mir bewusst, dass unvollständig bzw. nicht wahrheitsgemäße Angaben zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Empfängers meiner Spende oder meiner Selbst führen können. Sollte ich vorsätzlich oder grob fahrlässig bewusst falsche Angaben machen, so mache ich mich unter Umständen durch die Blutspende strafbar und zivilrechtlich in erheblichem Maße strafbar.
- Mit den notwendigen Untersuchungen meines Blutes einschl. des HIV-Tests durch den Blutspendedienst bin ich einverstanden. Ich bin bereit, auch zu einem späteren Zeitpunkt eine Blutentnahme und Blutuntersuchung vornehmen zu lassen, wenn ich dazu eine Aufforderung erhalte.
- Auf die Möglichkeit, mein gespendetes Blut auch noch nach der Blutspende von der Verwendung auszuschließen, bin ich hingewiesen worden (vertraulicher Spender-selbstausschluss).
- Sollte ich Zweifel an meiner Eignung zum Blutspender haben oder bekommen, werde ich mich unverzüglich vertraulich (z. B. auch telefonisch, Tel.: 0341 9725410) an einen Arzt oder eine Ärztin des Blutspendedienstes wenden.
- Ich werde den Blutspendedienst sofort benachrichtigen (z. B. Tel.: 0341 9725410), wenn innerhalb von 14 Tagen eine Erkrankung, besonders eine Infektion (z. B. Gelbsucht) auftritt.
- Ich bin damit einverstanden, dass Blut und Blutbestandteile für Forschungs-, Entwicklungs-, Qualitätssicherungs- und sonstige Untersuchungen in pseudonymisierter Form durch unser Klinikum und mit uns zusammenarbeitende Dritte verwendet und untersucht werden dürfen (hierbei werden die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung eingehalten).
 ja nein
- 6a und dass mir ggf. bis zu 50 ml Blut entnommen werden darf. ja nein
- Ich bin, bis auf Widerruf, damit einverstanden, dass meine Telefonnummer (Anruf), bzw. E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme genutzt werden kann. ja nein
- Ich bin, bis auf Widerruf, mit der regelmäßigen Zusendung von Termineinladungen einverstanden. ja nein
- Ich verzichte auf eine Kopie des Spenderfragebogens und der unterzeichneten Einwilligung, obwohl ich mein Recht auf Erhalt einer Kopie der Dokumente kenne. ja nein
- Ich bin im Rahmen der geplanten Spende mit der damit einhergehenden zweckverbundenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personengebundener Daten unter strenger Beachtung der datenschutzgesetzlichen Vorschriften, inkl. der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz, einverstanden. Ich habe den Inhalt des Spenderfragebogens und der Auf- und Einwilligungserklärung gelesen und verstanden. Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich habe die als Anlage zu diesem Fragebogen geführte Spenderaufklärungsinformation und die darin genannten Risiken und möglichen Nebenwirkungen, insbesondere auch die ausdrückliche Empfehlung zur Einhaltung der Ruhezeit von 30 Minuten nach der Spende am Spendeort und das sehr seltene Risiko von Nervenverletzungen mit bleibenden Schäden, zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, meine Fragen bzgl. der Blutspende in einem Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. ausführlich zu besprechen und habe zufriedenstellende Antworten auf alle gestellten Fragen erhalten. Nach der Aufklärung willige ich in die Fortsetzung des Spendeprozesses ein.

Größe: cm Gewicht: kg

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN:

Rachen/Zähne: Cor: Alkohol: Nur bei AT: Hb: mmol/l Puls:/min

Pulmo: Nikotin: Drogen: Nur bei AT: RR:/..... mm/Hg Temp:°C

Erkrankung seit der letzten Spende: Verträglichkeit der Spende:

Als Blutspender geeignet ja nein Rückstellung bis:

Kommentar: Unterschrift des Arztes: