

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 einer Person? • oder in einer neuen Partnerschaft/in einem neuen partnerschaftlichen Verhältnis? • oder für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben? • oder mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist? • oder mit einer Person, die im Ausland lebt oder von dort eingereist ist? (Genaues zu Gebieten mit hoher Krankheitsrate von Hepatitis B; C und HIV ist im ärztlichen Gespräch zu klären) | <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 |

