

Spenderfragebogen
 Universitätsklinikum Leipzig
 Institut für
 Transfusionsmedizin

Spenderidentität kontrolliert:

.....
 Signum (Anmeldekraft).....
 Signum (Pflegekraft)

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand		
01.	Fühlen Sie sich heute am Spendetag krank oder sind Sie aktuell krankgeschrieben ? • Haben Sie heute schon gegessen und getrunken? • Wiegen Sie mindestens 50kg?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
02.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen • einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z. B. Erkältung, 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 in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
05.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (<u>Bitte zutreffende Erkrankung unterstreichen</u>): • Herz- oder Gefäßkrankungen (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 Allergien, Zuckerkrankheit, Alkoholkrankheit • 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, 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 • eine Leberentzündung (Hepatitis, „Gelbsucht“) festgestellt? • eine Infektion mit 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 Modification?	<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 (Hepatitis) 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 Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung), eine Katheteranwendung, eine Operation oder eine Gewebetransplantation?	<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 • mit insgesamt mehr als zwei Personen, Analverkehr mit einer neuen Person oder Analverkehr mit mehr als einer Person? • für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben? • mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitis-Viren infiziert ist? • mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat? Haben Sie in den letzten 4 Monaten Medikamente zur Vorbeugung einer HIV-Infektion (PrEP) eingenommen?	<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
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

