

Fragebogen für Spender nach vollständig ausgeheilter COVID-19-Erkrankung

Universitätsklinikum Essen
 Institut für Transfusionsmedizin
 Blutspende & Immunhämatologie
 OZ II
 Hufelandstraße 55
 45147 Essen

Institut für Transfusionsmedizin
Blutspende & Immunhämatologie
 Direktor: Prof. Dr. med. Peter Horn

Telefax: 0201/723-5945
 E-Mail: RKP-Spende@uk-essen.de

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Datum: _____ Gewicht: _____ Größe: _____ Geschlecht: weibl. männl. divers

Mit den folgenden Fragen soll ermittelt werden, ob klinische Symptome vorlagen, die auf eine COVID-19 („Corona“) Infektion hinweisen könnten.

1. Traten bei Ihnen im Zusammenhang mit der COVID-19 Infektion ein Atemwegsinfekt oder Durchfall auf (bitte ankreuzen)?

Ja , und zwar (etwa) am _____ ggf. Infektdauer _____ Nein

2. Falls ja: Unter welchen Beschwerden litten Sie bei diesem Infekt (bitte ankreuzen)?

Husten	<input type="checkbox"/>	Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	Appetitverlust	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
Ggf. max. Temp. _____		Durchfall	<input type="checkbox"/>	Hautausschlag	<input type="checkbox"/>
Luftnot	<input type="checkbox"/>	Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	Lymphknotenschwellung	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges (bitte ggf. aufschreiben) _____					

3. Waren Sie seit dem 01.01.2021 in einem [Corona-Risikogebiet](#)? Wo/wann? _____

4. Liegt Ihnen das Ergebnis eines Rachenabstrichs mittels PCR SARS-CoV-2 („Coronavirus“) vor?

Positiv am _____ Negativ am _____ Nicht getestet

5. Haben Sie während der COVID-19 Erkrankung oder danach Antibiotika eingenommen?

Ja Nein

6. Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? Ja? , und zwar _____ Nein

7. Hatten Sie in den vergangenen 4 Monaten eine Endoskopie, eine große Operation oder einen ausgedehnten zahnärztlichen Eingriff?

Ja Nein

8. Haben Sie eine Erkrankung der Organe Herz, Kreislaufsystem, Haut, Nerven, Immunsystem, Leber, Niere, Magen-Darm, Gefäße oder eine chronisch entzündliche Erkrankung, Autoimmun- oder Tumor-Erkrankung?

Ja Nein

9. Fühlen Sie sich gesund und wären Sie nach Prüfung Ihrer Spendetauglichkeit bereit, Blutplasma für einen Patienten mit COVID-19 Infektion zu spenden?

Ja Nein

10. Ich habe die folgende Blutgruppe _____ Ich bin bereits Blutspender/in Ja Nein