



**Fragebogen für Spender nach vollständig durchgeführter Corona-Impfung**

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](mailto:RKP-Spende@uk-essen.de)

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weibl.  männl.  divers

Datum 1. Impfung: \_\_\_\_\_

Datum 2. Impfung: \_\_\_\_\_

Wenn bekannt: Welcher Impfstoff (Firmenname) wurde benutzt: \_\_\_\_\_

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

2. Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? Ja? , und zwar \_\_\_\_\_ Nein

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

4. 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

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

6. Ich habe die folgende Blutgruppe \_\_\_\_\_ Ich bin bereits Blutspender/in Ja  Nein