

Spenderfragebogen zur Blutspende

Persönliche Daten (bitte Druckbuchstaben)

grau unterlegte Felder sind vom ITM auszufüllen

Name: _____

Vorname: _____ w m

Geb. am: _____ in: _____

Namens-/Adressänderung seit letzter Spende? Ja Nein

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf*: _____

Telefon*: _____

Handy*: _____

Email*: _____

Spendernummer:

Neuaufnahme Sofortspende

NUR ZUR INFORMATION

Identität gesichert (Personal-/ Lichtbildausweis):

Mit einem * gekennzeichnete Felder sind freiwillige Angaben.
E-Mail ist kein sicheres Kommunikationsmittel und wird daher nur für allgemeine Informationszwecke genutzt.

(Datum, Unterschrift)

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

1.	Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
2.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (ggf. unterstreichen):	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	• Herz-, Gefäß- oder Kreislauferkrankung (z. B. Bluthochdruck, Ohnmachtsanfälle, Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Herzbeschwerden)?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	• Erkrankung von Haut, Blut, Gehirn, Nerven- oder Lymphsystem, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	• Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis? Wenn ja, was? _____	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
3.	• Autoimmunerkrankung, Rheumatisches Fieber, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Tumor (z.B. Krebs)?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen einen/eine	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	• unkomplizierten Infekt (z.B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt, Hautveränderung); • zahnärztliche Behandlung; • Schwellung, Wunde oder Verletzung?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
4.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung, Fieber, einen kleinen operativen Eingriff oder einen Zeckenbiss?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
5.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten in medizinischer Behandlung (im Krankenhaus, beim Arzt, beim Heilpraktiker oder in sonstiger Behandlung)?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie schon einmal Blut gespendet?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	Ist Ihnen jemals gesagt worden, dass Sie kein Blut spenden dürfen oder sind Sie als Blutspender schon einmal zurückgestellt worden?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	Hat es bei einer früheren Blutentnahme/Blutspende Komplikationen gegeben? Spenden Sie auch in anderen Einrichtungen?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
7.	Sind Sie alkoholkrank?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	Sind Sie medikamenten- oder rauschgiftabhängig?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
8.	Üben Sie in den nächsten 12 Stunden Tätigkeiten in Beruf oder Hobby aus, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
9.	Nur für Frauen: Waren Sie jemals schwanger (auch Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch)?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	• Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre schwanger?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
	• Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>

TM FO	Verfasser	Änderung	durch	Freigabe	durch	3.1.6.0.0
ID: 58074	Bako, Andrea	17.01.2019	Breyer, Marianne	21.01.2019	Horn, Peter	Rev: 002/01.2019

Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können

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-1/2: AIDS) oder HTLV-Virus (HTLV-1/2) nachgewiesen? 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.	Wurden Sie in den letzten 4 Monaten akupunktiert? Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten einer hautverletzenden Maßnahme unterzogen, wie Tätowierung, Piercing, Ohrlochstechen oder kosmetische Behandlung (z.B. Botox-Spritzen, permanentes Make-up)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13.	Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über die Schleimhäute (z.B. Injektionsnadeln) oder durch eine Wunde mit einem Instrument?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14.	Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma oder Eigenblut) erhalten? Besteht bei Ihnen eine Erkrankung des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen) oder erhielten Sie in den letzten 4 Monaten Medikamente aus Blutplasma, wie Blutgerinnungsfaktoren oder Immunglobuline (z.B. Antikörper gegen Tetanus)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darm- oder Gelenkspiegelung), eine Katheteranwendung oder wurde Ihnen Gewebe entnommen (Biopsie)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
16.	Gehören Sie zu einem HIV-infektionsgefährdeten Personenkreis*?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
17.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Intimkontakt mit einer Person, die eine schwere Infektionskrankheit (AIDS oder Hepatitis) übertragen könnte (siehe Infobox AIDS/ Hepatitis*)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

NUR ZUR INFORMATION

*** Infobox zum HIV-infektionsgefährdeten Personenkreis, AIDS und Hepatitis**

Zum Personenkreis, der schwere Infektionserkrankungen (z.B. AIDS/Hepatitis) übertragen kann, gehören:

- Personen, deren Sexualverhalten ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko darstellt (sexuelles Risikoverhalten), hierzu gehören zum Beispiel:
 - Personen mit Intimkontakt mit häufig wechselnden Partnern;
 - Personen, die in den letzten 4 Monaten ungeschützten Intimkontakt (ohne Kondom) mit einem neuen Partner hatten;
 - männliche und weibliche Prostituierte (Intimkontakt z. B. gegen Geld, Unterkunft oder Drogen);
 - Männer, die jemals Intimkontakt mit Männern hatten oder haben;
 - Frauen, die Intimkontakt mit bisexuellen Männern hatten oder haben;
- Personen, die in den letzten 4 Monaten aus einem Gebiet eingereist sind, in dem sie sich kontinuierlich länger als 6 Monate aufgehalten haben, und in dem sich HBV-, HCV-, HIV- oder HTLV-1/-2-Infektionen vergleichsweise stark ausgebreitet haben

18.	Haben Sie jemals Drogen gespritzt oder geschnupft? Haben Sie in den letzten 4 Wochen Drogen geraucht? Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
19.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
20.	Haben Sie jemals Frischzellen bzw. Gewebe (Transplantate) von Tieren erhalten? Wurden Sie in den letzten 12 Monaten nach einem Tierkontakt gegen Tollwut geimpft? Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
21.	Sind Sie außerhalb Europas geboren? Wenn ja, wo? _____ Haben Sie jemals länger als 6 Monate außerhalb Europas gelebt? Wenn ja, wo? _____ Wann? _____ Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, außerhalb Deutschlands? Wenn ja, wo? _____ Wann? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
23.	Haben oder hatten Sie eine Syphilis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
24.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Toxoplasmose, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

TM FO	Verfasser	Änderung	durch	Freigabe	durch	3.1.6.0.0
ID: 58074	Bako, Andrea	17.01.2019	Breyer, Marianne	21.01.2019	Horn, Peter	Rev: 002/01.2019

25.	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?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----	---	-----------------------------	-------------------------------

Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut

26.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen? (z.B. Aspirin, ASS, Mittel gegen Schmerzen oder Bluthochdruck, Antibiotika oder andere?) Wenn ja, welche? _____ Wann etwa war die letzte Anwendung? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
27.	Haben Sie jemals Tabletten zur Behandlung von Haarausfall, Schuppenflechte oder schwerer Akne eingenommen (z.B. Tigason®, Neo-Tigason®, Roaccutane®)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
28.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, welche Impfung bzw. wogegen? _____ Wann? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen

29.	Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder die Variante Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen (oder andere spongiforme Enzephalopathien)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
30.	Sind Sie jemals mit Hormonen der Hirnanhangdrüse, z.B. wegen Wachstumsstörungen, Unfruchtbarkeit, Endometriose, behandelt worden? Haben Sie jemals Hornhaut (Cornea)-, Hirnhaut (Dura mater)- oder andere Transplantate menschlichen oder tierischen Ursprungs erhalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
31.	Haben Sie sich vom 01.01.1980 bis 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten? Wurden Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 01.01.1980 operiert oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ärztliche Feststellung der Spendetauglichkeit

Körperliche Untersuchung:

Allgemeines: o. p. B. Befund _____

Kopf, Hals: o. p. B. Befund _____

Thorax: o. p. B. Befund _____

WS/Nieren: o. p. B. Befund _____

Haut: o. p. B. Befund _____

Venen : rechts: _____ links: _____

NUR ZUR INFORMATION

Gesamtbeurteilung:

Sofortspende
 Spende ab: _____ (Brief)
 dauerhaft ungeeignet
 sobald Labor ok (Brief)
 Abklärung erforderlich

Größe: _____ cm **Bemerkungen:**
 Gewicht: _____ kg
 Hb: _____ g/dL
 Temp.: _____ °C
 RR: _____ mmHg
 Puls: _____ bpm

TM FO	Verfasser	Änderung	durch	Freigabe	durch	3.1.6.0.0
ID: 58074	Bako, Andrea	17.01.2019	Breyer, Marianne	21.01.2019	Horn, Peter	Rev: 002/01.2019



Erklärung des Arztes

Hiermit erkläre ich, den Spender im persönlichen Gespräch über das vorgesehene Spendeverfahren, sowie mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen der Spende informiert zu haben:

- Kreislaufreaktionen (darunter Kollaps), Verletzungen durch Sturz
- Hämatome, Nachblutungen, Entzündungen
- akute und sehr selten auch dauerhafte Schädigungen von Gewebe, Gefäßen, Gelenken und Nerven, sowie Funktionseinschränkungen am Entnahmemarm
- Sonstige (z.B. risikoe erhöhende Besonderheiten) _____

Ich habe den Fragebogen durchgesehen und zur Prüfung der Spendetauglichkeit herangezogen. Der Spender erhielt die Gelegenheit Fragen zu stellen. Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Ich habe den Spender auf die Verhaltensmaßnahmen vor und nach der Spende hingewiesen.

NUR ZUR INFORMATION (Unterschrift Arzt)

Einverständniserklärung für Blutspender

Die „Informationen zur Blutspende“ wurden mir ausgehändigt, ich habe sie gelesen und verstanden. Ich bin zufriedenstellend über die einzelnen Schritte der Blutspende, die hiermit verbundenen Risiken und die Verhaltensmaßnahmen vor und nach der Spende aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen; meine Fragen wurden mir zufriedenstellend beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen und erkläre, die Informationen zum Verhalten vor und nach der Blutspende zu beachten. Zu meinem eigenen Schutz spende ich in keiner anderen Einrichtung parallel Blut und/oder Blutbestandteile. Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und richtig beantwortet. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben unter Umständen zu schweren Gesundheitsschäden bis hin zum Tod des Empfängers meines Blutes führen können. Ich habe keine Bedenken, dass mein Blut Patienten übertragen wird.

Ich verpflichte mich, das Institut für Transfusionsmedizin (ITM) unverzüglich zu informieren, falls ich an einer auf dem Blutweg übertragbaren Krankheit erkranken sollte (oder der Verdacht hierauf besteht; hierzu gehören z.B. Hepatitis, HIV, Malaria, Syphilis) und falls ich in den Tagen nach der Spende erkranken sollte (z.B. Fieber/Durchfall).

Mir ist bekannt, dass ich vor dem weiteren Vorgehen meine Meinung ändern und mich gegen eine Spende entscheiden oder den Spendeprozess jederzeit abbrechen kann, ohne dass ich benachteiligt werde. Ich erkläre meine Bereitschaft, den Spendeprozess fortzusetzen.

Über den vertraulichen Selbstausschluss bin ich informiert. Mir ist bekannt, dass meine Spende nur freigegeben werden kann, wenn ich ihre Verwendbarkeit im vertraulichen Selbstausschluss bestätigt habe. Ich bin damit einverstanden, dass

- mein Blut auf alle notwendigen Infektionserreger getestet wird (u.a. auf Hepatitis, HIV, Syphilis).
- ich bei Auffälligkeiten der Testergebnisse für weitere (Kontroll-)Untersuchungen einbestellt werde.
- das ITM über meine Spende verfügt (Abgabe zur Transfusion von Patienten sowie anonymisierte Abgabe nicht verbrauchter Blutbestandteile für Qualitätskontrolluntersuchungen, wissenschaftliche Zwecke oder zur industriellen Herstellung von Medikamenten wie Eiweiß- und Gerinnungspräparaten oder von Kontrollplasmen).
- ich bei Bedarf vom ITM schriftlich oder telefonisch kontaktiert werden kann.

Die Spenderinformation nach Art. 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen. Eine Kopie kann mir auf Wunsch ausgehändigt werden.

Essen, den _____
Datum

(Unterschrift Spender)

TM FO	Verfasser	Änderung	durch	Freigabe	durch	3.1.6.0.0
ID: 58074	Bako, Andrea	17.01.2019	Breyer, Marianne	21.01.2019	Horn, Peter	Rev: 002/01.2019