

SPENDER

Hausarzt	Name	Straße	PLZ/Ort
<p>Die „Information und Aufklärung für Blutspender“ habe ich gelesen und verstanden. Ich versichere hiermit, die Angaben zu meiner Person und meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass unvollständige bzw. nicht wahrheitsgemäße Angaben zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Empfängers meiner Spende oder mir selbst führen können. Hierzu wurde ich umfassend mündlich durch den Arzt/Ärztin aufgeklärt. Ebenso wurde ich über gelegentliche Risiken und Nebenwirkungen der Blutspende, wie Bluterguss oder Entzündungen der Einstichstelle, Kreislaufprobleme und mögliche Folgen, Eisenmangel, sowie sehr selten auftretende Thrombosen oder Nervenverletzungen durch die Venenpunktion informiert. Eine dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung ist in extrem seltenen Fällen nicht gänzlich auszuschließen. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Diese wurden mir zufriedenstellend beantwortet. Ich willige ein, dass der Spendeprozess fortgeführt wird (Blutspende, Durchführung aller erforderlichen Tests, u. a. HIV-Test, ggfs. wissenschaftliche Untersuchungen). Mir ist bekannt, dass ich jederzeit weitere Fragen stellen und von der Spende zurücktreten kann.</p>			
Unterschrift Blutspender/-in		Unterschrift Arzt/Ärztin	

Befunde:	Spendefähigkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Temperatur (°C) <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	Rückstellung: <input type="checkbox"/>
Puls (min) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	am heutigen Tag (D) <input type="checkbox"/>
RR (mm Hg) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	befristet (T), wieder spendefähig ab:
Hb (g/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T • <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M • <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J
<input type="checkbox"/> MDE-Sperre aufheben! Begründung:	auf Dauer (P) <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Rückstellungscode <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	Begründung: <input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Unterschriften: (Bestätigen Ausführung des Arbeitsschrittes und Identitätsprüfung)

Hb-Laborant/-in	Abnehmer/-in
re	re
li	li
1. Punktierer/-in	2. Punktierer/-in

VSA

Vertraulicher Spender-Selbstausschluss

Bei Scannerausfall und Abweichungen von den Sollwerten auszufüllen:

Konservengewicht (g)

Laufzeit (min) ,

Konserven-Nr.

DOK-0524-B, Version 1

Spenderfragebogen

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand			
1.	<ul style="list-style-type: none"> Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben? Haben Sie heute schon gegessen und getrunken? Wiegen Sie mindestens 50 kg? 	ja ja ja	nein nein nein
2.	Hatten Sie in der letzten Woche <ul style="list-style-type: none"> einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt) ohne Fieber, eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung, eine Verletzung oder einen kleinen operativen Eingriff? 	ja ja ja	nein nein nein
3.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?	ja	nein
4.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus, beim Arzt oder beim Heilpraktiker?	ja	nein
5.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (ggf. <u>unterstreichen</u>): <ul style="list-style-type: none"> Herz- oder Gefäßerkrankung (z. B. Thrombose, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall, Herzinfarkt), Nervenerkrankung (z. B. Epilepsie), Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm; chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, Tumor (z. B. Krebs)? 	ja ja ja ja	nein nein nein nein
6.	<ul style="list-style-type: none"> Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut spenden dürfen? Hat es bei einer früheren Blutentnahme/Blutspende Komplikationen gegeben? Spenden Sie auch in anderen Blutspende-Einrichtungen? 	ja ja ja	nein nein nein
7.	Konsumieren Sie Rauschmittel oder Medikamente missbräuchlich?	ja	nein
8.	Werden Sie in den nächsten 12 Stunden Tätigkeiten in Beruf oder Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)?	ja	nein
9.	Nur für Frauen: <ul style="list-style-type: none"> Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Waren Sie jemals schwanger? Wenn ja, wann zuletzt? 	ja ja	nein nein

Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können			
10.	Wurde bei Ihnen jemals <ul style="list-style-type: none"> eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C festgestellt? eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen? 	ja ja	nein nein
11.	<ul style="list-style-type: none"> 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 Ohrlochstechen, Piercing, Implantationen, Cutting, Branding, permanentes Makeup? 	ja ja	nein nein

12.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?	ja	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)?	ja	nein
14.	Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre Blutübertragungen (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma – auch Eigenblut) erhalten? Wenn ja, wann zuletzt?	ja	nein
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	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 einer neuen Partnerin/einem neuen Partner? • mit einer Person, die eine schwere Infektionskrankheit (z. B. AIDS oder Hepatitis) hat oder haben könnte? • für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben? • Nur für Frauen: mit einem bisexuellen Mann?	ja	nein
	• Haben Sie schon einmal Geld oder andere Leistungen (z. B. Drogen) für Sexualverkehr erhalten? • Nur für Männer: Hatten Sie schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann? Wenn ja, wann zuletzt?	ja	nein
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt oder geschnupft?	ja	nein
18.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	ja	nein
19.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z. B. Muskelaufbaupräparate)?	ja	nein
20.	• Haben Sie jemals Frischzellen, bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten? • Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden? • Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z. B. gegen Schlangenbisse)?	ja ja ja	nein nein nein
21.	• Sind Sie außerhalb Europas geboren? • Haben Sie jemals länger als 6 Monate außerhalb Europas gelebt? Wenn ja, wo? Wann? • Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? wo?	ja ja ja	nein nein nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	ja	nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Toxoplasmose, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber?	ja	nein
24.	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	nein

Konserven-Nr.

Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut

25.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen Tabletten o. a. Medikamente eingenommen, wie z. B. Antibiotika, Schmerzmittel (auch Aspirin, ASS), Mittel gegen Bluthochdruck oder andere? Wenn ja, welche?	ja	nein
26.	Haben Sie jemals Tabletten zur Behandlung von Schuppenflechte oder schwerer Akne eingenommen (z. B. Tigason®, Neo-Tigason®, Roaccutan®)?	ja	nein
27.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, gegen welche Erkrankungen?	ja	nein

Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen

28.	Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder eine ähnliche Erkrankung festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?	ja	nein
29.	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden Sie vor 1993 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse, z. B. wegen Wachstumsstörungen, Unfruchtbarkeit, Endometriose behandelt? • Haben Sie jemals Hornhaut -, Hirnhaut - oder andere Transplantate erhalten? 	ja ja	nein nein
30.	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie sich in der Zeit zwischen dem 01.01.1980 und 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten? • Sind Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten? 	ja ja	nein nein

Einwilligungserklärung

Ich bestätige hiermit die wahrheitsgemäße Beantwortung vorstehender Fragen. Der Hb-Bestimmung aus dem Ohr oder der Fingerbeere stimme ich zu und stelle die Blutspende und die Untersuchungsproben dem DRK-Blutspendedienst West zur Verfügung, erforderlichenfalls auch für wissenschaftliche und pharmazeutische Zwecke und damit verbundener Nachfragen an mich. Mit der Mitteilung abklärungsbedürftiger oder krankhafter Befunde an mich, ggf. durch meinen Hausarzt, bin ich einverstanden. Bei Verdacht auf bestimmte Infektionen erfolgt entsprechend des Infektionsschutzgesetzes eine Meldung an die zuständigen Gesundheitsbehörden.

Ich bin einverstanden und darüber aufgeklärt worden, dass mit der Blutspende eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten auch zu Ehrungszwecken im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durch den DRK-Blutspendedienst West erfolgt. Die vertrauliche Behandlung meiner persönlichen Daten, aller Angaben und Testergebnisse wurde mir zugesichert.

Der DRK-Blutspendedienst West darf mich über zukünftige Blutspendetermine per Briefpost, auf Wunsch auch per E-Mail informieren und zur Teilnahme einladen. Bei Versorgungsengpässen kann diese Kontaktaufnahme auch telefonisch erfolgen. Die Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

(Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der „Information und Aufklärung für Blutspender“.)

Unterschrift Blutspender / -in: _____