

STEFER

Hausarzt	Name	Straße	PLZ/Ort
-----------------	------	--------	---------

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 /die 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.

	Identitätssicherung, Aufklärung, Spendefähigkeitsbeurteilung
Unterschrift Blutspender/-in	Unterschrift Arzt/Ärztin

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

MDE-Sperre aufheben! Begründung:

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 5

Spenderfragebogen

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand		
1.	<ul style="list-style-type: none"> Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben? Wiegen Sie mindestens 50 kg? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Hatten Sie in der letzten Woche <ul style="list-style-type: none"> einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z. B. Erkältung, Harnwegsinfekt)? eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten beim Arzt, beim Heilpraktiker oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (<u>Bitte zutreffende Erkrankung unterstreichen</u>): <ul style="list-style-type: none"> Herz- oder Gefäßkrankung (z. B. Thrombose, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall)? Nervenerkrankung (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
6.	<ul style="list-style-type: none"> 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
7.	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)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.	Nur für Frauen: <ul style="list-style-type: none"> 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		
9.	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 <ul style="list-style-type: none"> eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis festgestellt? eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 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

* Wenn einer dieser Punkte zutrifft, bitte „ja“ ankreuzen, wenn keiner dieser Punkte zutrifft, bitte „nein“ ankreuzen.

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 Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung) oder eine Katheteranwendung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.	<i>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.</i>	
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sexualverkehr	
	• mit mehr als 3 Partnern? • für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten haben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr	
	• außerhalb einer festen Partnerschaft? • mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist? • mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat? • für den Sie mit Geld oder anderen Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nur für Frauen: Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr mit einem bisexuellen Mann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nur für Männer: Hatten Sie schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann? Wenn ja, fand dieser Kontakt innerhalb der letzten 12 Monate statt? ... <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
19.	Haben Sie jemals Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z. B. Muskelaufbaupräparate, Botox)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21.	• Sind Sie im Ausland geboren? • Haben Sie jemals länger als 6 Monate im Ausland gelebt? Wenn ja, wo? Wann?..... • Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus oder Paratyphus), Q-Fieber, Toxoplasmose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

* Wenn einer dieser Punkte zutrifft, bitte „ja“ ankreuzen, wenn keiner dieser Punkte zutrifft, bitte „nein“ ankreuzen.

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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
26.	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Tabletten zur Behandlung von schweren Formen von Hautekzem, Schuppenflechte oder Akne eingenommen (z. B. Toctino®, Neo-Tigason®, Aknenormin®)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
27.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, gegen welche Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
29.	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden Sie vor 1996 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse behandelt z. B. wegen Wachstumsstörungen, Endometriose, Kinderwunsch? • Haben Sie jemals Hornhaut-, Hirnhaut- oder andere Transplantate erhalten? 	}*
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? 	}*

Einwilligung in medizinische Maßnahmen

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.

Unterschrift Blutspender/-in: _____

* Wenn einer dieser Punkte zutrifft, bitte „ja“ ankreuzen, wenn keiner dieser Punkte zutrifft, bitte „nein“ ankreuzen.