

Hausarzt	Name	Straße	PLZ/Ort
Die „Information und Aufklärung für Blutspendewillige“ 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/der Empfängerin 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.			
Unterschrift Blutspender/-in		Unterschrift Arzt/Ärztin	

Befunde: Temperatur (°C) , Puls (min) RR (mm Hg) / Hb (g/dl) ,	Spendefähigkeit: ☐ ja ☐ nein Rückstellung: am heutigen Tag (D) ☐ befristet (T), wieder spendefähig ab: T T . M M . J J auf Dauer (P) ☐ Rückstellungscode 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 Spende-Selbstausschluss Bei Scannerausfall und Abweichungen von den Sollwerten auszufüllen: Konservengewicht (g) Laufzeit (min) , Konserven-Nr.
☐ MDE-Sperre aufheben! Begründung: 		

Spendefragebogen

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand		
1.	- Fühlen Sie sich heute am Spendetag krank oder sind Sie aktuell krankgeschrieben? - Wiegen Sie mindestens 50 kg?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
2.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen - einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z. B. Erkältung, Harnwegsinfekt)? - eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung?	}* ☐ ja ☐ 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 in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung oder im Krankenhaus?	☐ ja ☐ nein
5.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (Bitte zutreffende Erkrankung unterstreichen): - Herz- oder Gefäßerkrankung (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)?	☐ ja ☐ nein
6.	- 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?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
7.	Werden Sie in den 12 Stunden nach Ihrer Spende Tätigkeiten in Beruf oder Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)?	☐ ja ☐ nein
8.	Nur für Frauen: - Sind Sie schwanger oder stillen Sie? - Waren Sie jemals schwanger? Wenn ja, wann zuletzt?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ 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?	☐ ja ☐ nein
10.	Wurde bei Ihnen jemals - eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis festgestellt? - eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?	}* ☐ ja ☐ nein
11.	- 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?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut

25.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen oder heute am Spendetag 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 in den letzten 3 Jahren Tabletten zur Behandlung von schweren Formen von Hautkzern, Schuppenflechte oder Akne eingenommen (z. B. Tocrino®, Neo-Tigason®, Aknenormin®)?	☐ 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.	• Wurden Sie vor 1996 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse behandelt z. B. wegen Wachstumsstörungen, Endometriose, Kinderwunsch? • Haben Sie jemals Hornhaut-, Hirnhaut- oder andere Transplantate erhalten?	☐ ja ☐ nein
30.	• Haben Sie sich in den Jahren 1980 bis 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 ☐ nein

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.