

Um Sie und die Patienten zu schützen ist es wichtig, dass Sie unsere Fragen **sorgfältig** und **wahrheitsgemäß** beantworten. Seite 4

Zutreffendes **Kästchen bitte ankreuzen!** **nein** gilt immer für alle Unterkästchen! – Kreuz bei **ja** nur für das betroffene Unterkästchen .

ja **nein** Fühlen Sie sich **gesund**? 1

ja **nein** Vertrugen Sie **Blutentnahmen** bisher ohne Probleme? 2

ja **nein** Spendeten Sie in den **letzten 8 Wochen** Blut? 3

ja **nein** Wurden Sie jemals als Blutspender zurückgestellt? 4
Warum? _____

ja **nein** Hatten Sie in den **letzten 4 Wochen** Durchfall eine fiebrhafte Erkrankung unkompl. Infekt (z.B. Erkältung)? 5

ja **nein** Wiegen Sie **weniger** als 50 kg? 6

ja **nein** Hatten Sie **jemals:** **Zutreffendes ggf. unterstreichen!**

Herzinfarkt / schwere Herz- und Gefäßkrankheiten 31

Schlaganfall / **Lungenembolie** / Thrombose 45

schwere Lungenerkrankung / Asthma / Allergie 46

insulinpflichtige Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) 32

unklaren Gewichtsverlust 33

Krampf-, Anfallsleiden (**Epilepsie**) / psychische oder schwere neurologische Erkrankung (z.B. **MS, ALS**) 34

Blutkrankheiten / Gerinnungsstörungen 35

Krebs / bösartiger (maligner) Tumor / **Leukämie** 36

Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) 37

Colitis ulcerosa / Morbus Crohn in den **letzten 5 Jahren** 38

Osteomyelitis, Q-Fieber, Tuberkulose, Salmonellenerkrankung (Typhus, Paratyphus), Toxoplasmose, rheumatisches Fieber in den **letzten 2 Jahren** 21

andere **ernsthafte Erkrankungen?** 40

ja **nein** Nehmen oder nahmen Sie folgende **Medikamente** ein:

Antibiotika / Antimykotika in den **letzten 4 Wochen** 51

Chemotherapeutika / Zytostatika **jemals** 52

gerinnungshemmende Medikamente **im letzten 1/2 Jahr** (z.B. *Marcumar, Falithrom, Heparin*) 52

Schmerz- / Fiebermittel (z.B. *ASS*) in den **letzten 10 Tagen** 53

Herzmedikamente / **Blutdruckmedikamente** 54

Finasterid (*Proscar, Propecia*), Dutasterid (*Avodart*) in den **letzten 4 Wochen** bei gutartiger Prostatavergrößerung oder Haarausfall 55

Retinoide (z.B. *Neotigason, Isotretinoin*) in den **letzten 2 Jahren** bei Schuppenflechte oder Akne? 56

Außer o.g. Medikamenten muss ich **dauerhaft** einnehmen: 57

ja **nein** Hatten Sie **jemals:**

Brucellose, Fleckfieber oder andere Rickettsiosen, Rückfallfieber, Tularämie 71

Babesiose, Melioidose, Lepra, Trypanosomiasis (z.B. Chagaskrankheit), Leishmaniasis 72

Syphilis (Lues), HTLV I / II-Infektion, HIV-Infektion (AIDS) 73

ja **nein** Hatten Sie in den **letzten 7 Tagen** eine Zahn-OP / -entfernung, bzw. in den **letzten 24 Stunden** eine zahnärztliche Behandlung? 9

ja **nein** Erhielten Sie **jemals** eine **Transfusion von Fremdblut/Blutplasma/Plasmaderivaten/Eigenblut?** T1
Wann zuletzt? (Monat/Jahr) _____

ja **nein** Hatten Sie **jemals Malaria**? Sind Sie in einem Malariaendemiegebiet geboren oder aufgewachsen? 11
Wo? _____

ja **nein** Waren Sie in den **letzten 6 Monaten** **außerhalb** Europas? 12
Wo? Wann? _____

ja **nein** Bekamen Sie in den **letzten 4 Wochen** eine Impfung bzw. erhielten Sie in den **letzten 12 Monaten** eine Tollwutimpfung, Tierserum oder Immunglobuline? 13
Was? Wann? _____

ja **nein** Erhielten bzw. hatten Sie **jemals:**

eine **Augenhornhaut** (Cornea)-Transplantation

eine **Hirnhaut** (Dura mater)-Transplantation

eine Übertr. **tierischer Organe / Gewebe** (Xenotransplantation) 14

eine Behandlung mit **Hormonen, die aus menschlichen Hypophysen** gewonnen wurden (z.B. Wachstumshormone)

eine **Gehirn-Operation?**

Sind Fälle von **Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen** in Ihrer Familie aufgetreten oder sind Sie selbst erkrankt?

eine Transplantation **menschlicher Organe/Gewebe?** 16
Was? Wann? _____

ja **nein** Hatten Sie eine **Virusinfektion der Leber** mit:

Hepatitis **A** in den **letzten 4 Monaten**

Hepatitis **B jemals** Wann? (Jahr): _____ 21

Hepatitis **C jemals** Wann? (Jahr): _____

ja **nein** Wurden Sie gegen **Hepatitis B** geimpft?

ja **nein** Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten:**

Akupunktur mit Einmalnadeln: ja nein

Tätowierung / Bodypiercing / Ohrlochstechen 18
Bitte unterstreichen! (Monat / Jahr) _____

Endoskopie (Spiegelung) z.B. Magen- oder Darmspiegelung, eine **Biopsie** (Gewebeentnahme) oder **Katheteranwendung** 15
Was? Wann? (Monat / Jahr) _____

eine **Operation**
Was? Wann? (Monat / Jahr) _____

engen Kontakt **innerhalb einer häuslichen Lebensgemeinschaft** mit an Hepatitis Erkrankten 19

eine Verletzung an einer blutigen Injektionsnadel/Instrument? 18

ja **nein** Hatten Sie in den **letzten 4 Wochen:**

eine **andere Infektionskrankheit** als die bereits genannten? 21
Welche? _____

Kontakt mit Infektionskranken? (z.B. Masern, Röteln, Mumps, Meningitis o.a.)

ja **nein** Hielten Sie sich im Zeitraum von **1980 bis 1996** für **insgesamt 6 Monate** oder länger im **Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland** auf? Sind Sie in einem der genannten Gebiete **seit 1980 operiert** worden oder haben Sie dort eine **Bluttransfusion** erhalten? 23

Kreuzen Sie diese Fragen bitte nur als Frau an!

ja **nein** Waren Sie **jemals** schwanger? T2
Letzte Schwangerschaft? (Monat / Jahr) M M J J

ja **nein** Stillen Sie noch? 25

Einwilligung: Ich versichere hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die Angaben zu meiner Person zutreffen und die Auskünfte zu meiner Gesundheit der Wahrheit entsprechen. **Die Hinweise auf den Seiten 1 und 2, insbesondere zu den Infektionsrisiken für Empfänger von Blut- und Blutplasmaprodukten (v.a. AIDS/Hepatitis) habe ich gelesen, verstanden und beachtet. Ich versichere, dass ich keiner der genannten Personengruppen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko für AIDS und Hepatitis angehöre.** Ich habe die Hinweise zu Wesen, Bedeutung und Durchführung der Spendenentnahme und der Untersuchungen gelesen und verstanden. Über seltene Risiken und Nebenwirkungen der Blutspende, wie Bluterguss, Entzündungen der Einstichstelle, Kreislaufprobleme, Eisenmangel und äußerst selten Thrombosen oder Nervenverletzungen durch die Venenpunktion, die auch irreversibel sein können, wurde ich aufgeklärt. Ich hatte Gelegenheit alle Fragen mit dem untersuchenden Arzt zufriedenstellend zu besprechen. **Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit einer Blutentnahme, der Testung meines Blutes auf durch Blut übertragbare Krankheiten (v.a. AIDS/Hepatitis) und der Verwendung meines gespendeten Blutes für medizinische, wissenschaftliche und pharmazeutische Zwecke einverstanden.** **Datenschutz:** Über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten wurde ich aufgeklärt. Mit der Kopie eines Lichtbildausweises und der Speicherung meiner Daten unter Beachtung des Datenschutzgesetzes bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass bei Verdacht auf bestimmte Infektionen (Hepatitis B/C) eine Meldung an die zuständige Gesundheitsbehörde lt. Infektionsschutzgesetz erfolgt. Mit der Übermittlung meiner Anschrift an die für diesen Blutspendedetermin zuständige örtliche Organisation bin ich einverstanden.

Bei Spendern, bei denen die Beantwortung aller Fragen **nur** im Gespräch mit dem Arzt möglich war (z.B. bei blinden Personen).

Konserven-Nummer
(GS-Etikett)

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Unterschrift des Spenders/der Spenderin

MERKBLATT

FÜR BLUTSPENDERINNEN UND BLUTSPENDER ÜBER INFEKTIONSKRANKHEITEN

AIDS

**Infektionskrankheiten erfordern besondere
Sicherheitsmaßnahmen – auch bei
der Bluttransfusion.
Der Blutspendedienst bittet Sie um Ihre Mithilfe.**

HEPATITIS

Der Blutspendedienst testet anlässlich jeder Blutspende Ihr Blut auf HIV (AIDS), Gelbsucht (Hepatitis B und C) und Syphilis. Ein positives Testergebnis führt zur Nichtverwendung Ihrer Blutkonserve. Das Risiko, eine Infektion mit einer Blutspende zu übertragen, ist deshalb äußerst gering.

Der Nachweis einer Infektion im Labor ist erst einige Zeit nach der Ansteckung möglich. Eine Blutkonserve kann in dieser Zeit eine Erkrankung weitergeben, obwohl der Labortest negativ ist. – Bitte beachten Sie unsere Hinweise!

RISIKOSITUATIONEN

Angehörige **folgender Personengruppen** mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko für AIDS und Hepatitis **dürfen nicht Blut spenden:**

- Männer, die Sexualkontakt mit einem anderen Mann haben oder hatten
- Personen, die Drogen konsumieren; Drogenabhängige
- Männer und Frauen, die der Prostitution nachgehen oder nachgingen
- Häftlinge (Insassen von Justizvollzugsanstalten oder Personen, die in den letzten 4 Monaten länger als 72 Stunden ohne Unterbrechung inhaftiert waren)
- Personen, die mit AIDS-Erregern oder Hepatitis C-Viren infiziert sind (Erkrankte oder Personen mit positivem HIV- und/oder HCV-Test)
- Personen mit einer durch Sexualkontakt übertragbaren Erkrankung (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydieninfektion, Herpes genitalis, Kondylome) in den letzten 4 Monaten
- Personen mit Sexualkontakt in den letzten 4 Monaten zu Angehörigen der obigen Personengruppen

GESUNDHEITZUSTAND

Wir bitten Sie, bei **folgenden Krankheitszeichen nicht Blut zu spenden:**

- unerklärbarer Gewichtsverlust von mehr als 5 kg in 2 Monaten
- unerklärbares Fieber länger als 10 Tage
- Lymphdrüenschwellungen länger als einen Monat
- wochenlanges nächtliches Schwitzen
- andauernder, nicht durch Rauchen oder eine Erkältung bedingter Husten
- andauernder, nicht erklärbarer Durchfall
- auffällige Haut- oder Schleimhautveränderungen (z. B. violette Flecken oder Beulen, weiße Beläge im Mund)

WAS KÖNNEN SIE TUN, wenn Sie zu einer der o. g. Personengruppen gehören, die nicht Blut spenden sollen, oder wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie einer o. g. Gruppe angehören?

- Bitte, **kommen Sie nicht** zur Blutspende!
- oder • Beantworten Sie die **Frage 1** auf dem Spenderfragebogen mit „**nein**“.
Wenn Sie sich nicht gesund fühlen, werden Sie von der Blutspende zurückgestellt.
- oder • Besprechen Sie Ihre Fragen mit dem Arzt des Blutspendedienstes. Er berät Sie. Ihre Angaben werden aufgrund der Schweigepflicht selbstverständlich vertraulich behandelt.
- oder • Vor der Spende erhält jeder Spender/jede Spenderin den Bogen „Entscheiden Sie über die Verwendung Ihres Blutes“. Kennzeichnen Sie das **Kästchen** neben der **roten Schrift**. Ihr Blut wird dann aus Sicherheitsgründen nicht zur Transfusion verwendet (vertrauliches Rücktrittsverfahren). Auch in diesem Fall wird Ihr Blut untersucht.



Vertraulicher Zusatzbogen zur Verwendung Ihres Blutes

Infektionskrankheiten erfordern besondere Sicherheitsmaßnahmen - auch bei Bluttransfusionen, deshalb bittet der Blutspendedienst Sie um Ihre Mithilfe.

Jede Blutkonserve wird auf HIV, Hepatitis B und C getestet. Vom Zeitpunkt der Ansteckung bis zum Labornachweis können Wochen vergehen. Deshalb dürfen Angehörige folgender Risikogruppen kein Blut spenden oder ihre Blutkonserve nicht zur Verwendung freigeben:

- heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten, z.B. Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern
- Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM)
- männliche und weibliche Prostituierte
- Personen mit Sexualkontakt in den letzten 4 Monaten zu Angehörigen der obigen Personengruppen

Des Weiteren dürfen Häftlinge (Personen, die in den letzten 4 Monaten länger als 72 Stunden inhaftiert waren) und Drogenabhängige nicht Blut spenden oder ihre Blutkonserve nicht zur Verwendung freigeben.

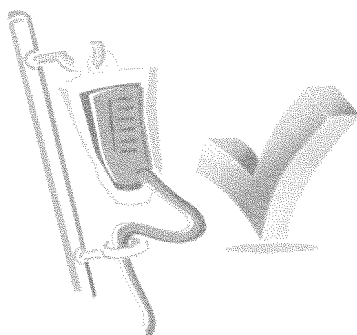
Ihr Blut wird in jedem Fall untersucht!
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!
Wenn Sie nichts ankreuzen oder wenn dieser Bogen fehlt, muss Ihre Blutspende leider vernichtet werden.

BARCODE-
AUFKLEBER
V-ETIKETT

Wir danken für Ihre Hilfe!

Entscheiden Sie über die Verwendung Ihres Blutes !

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!



Ja,
mein Blut
darf
verwendet
werden.

Nein,
mein Blut
soll nicht
verwendet
werden.

