

Spenderaufkleber

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift (PLZ/Ort/Straße)

Telefon-Nr. privat/berufl.

Die Identität des Spenders wurde durch Vorlage eines gültigen amtlichen Dokumentes mit Lichtbild gesichert. ☐

Temperatur: _____

Gesamteindruck: ☐ opB ☐ _____

Gewicht: _____

Körpergröße: _____

RR: _____ / _____

Puls: _____/min

HB-Wert _____

Sehr geehrte Blutspenderin, sehr geehrter Blutspender,

vielen Dank für Ihren Besuch und Ihre Bereitschaft die Versorgung von Patienten mit lebenswichtigen Blutprodukten zu ermöglichen!

Im Rahmen Ihrer Spende werden Blutproben entnommen, um auf eventuelle Abweichungen oder Erkrankungen zu testen.

Wir sind verpflichtet, mindestens 1 % der Blutspenden für Qualitätskontrollen zu verwenden.

Wir möchten Sie bitten diesen Fragebogen gründlich durchzulesen. Zu Ihrem Schutz und zum Schutz des Empfängers müssen alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet werden.

Bei Unklarheiten fragen Sie bitte den zuständigen Arzt der Blutspende.

WIR WÜNSCHEN IHNEN EINE ANGENEHME SPENDE!

IHR BLUTSPENDETEAM

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

1.	<ul style="list-style-type: none"> Fühlen Sie sich heute am Spendetag krank oder sind Sie aktuell krankgeschrieben? Haben Sie heute schon gegessen und getrunken? ¹⁾ Wiegen Sie mindestens 50kg? ¹⁾ 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
2.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen <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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <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 in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung 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 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)? 	<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"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)?	<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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <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
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 Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung), eine Katheteranwendung, eine Operation oder eine Gewebetransplantation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 <ul style="list-style-type: none"> mit insgesamt mehr als zwei Personen, Analverkehr mit einer neuen Person oder Analverkehr mit mehr als einer Person? für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben? mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitis-Viren infiziert ist? mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat? 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Medikamente zur Vorbeugung einer HIV-Infektion (PrEP) eingenommen?	<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 ärztlich verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate, Botox)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.	<ul style="list-style-type: none"> 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"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein

21.	<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie im Ausland geboren? ²⁾ Wenn ja, wo? Haben Sie jemals länger als 6 Monate im Ausland gelebt? ²⁾ 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? ²⁾	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis ²⁾ , Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber ²⁾ , 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? ²⁾	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?	<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? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein

Spendererklärung

- Ich bestätige, dass ich geschäftsfähig bin und dass o. a. Name und Adresse auf mich zutreffen.
- Die o. a. Fragen habe ich verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet.
- Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten bekommen. Ich habe z. Zt. keine weiteren Fragen mehr.
- Ich bin mit der Abgabe einer Blutspende sowie der notwendigen Untersuchungen meines Blutes einschließlich des HIV-Testes durch den Blutspendedienst einverstanden. Des Weiteren bin ich mit der Erhebung, Nutzung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Gesundheitsdatenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen (GD SG NW), des Transfusionsgesetzes sowie der im Einzelfall einschlägigen Datenschutzvorschriften einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Blutspendedienst erforderliche Auskünfte über bestehende oder frühere Krankheiten mit Ärzten und ärztlichen Dienststellen (z.B. Gesundheitsamt), Landes- und Bundesbehörden und anderen Blutspendediensten austauscht.
- Ich erkläre mich bereit, Blutuntersuchungen auch zu einem späteren Zeitpunkt (auch nach meinem Ausscheiden als aktiver Spender) vornehmen zu lassen, wenn dies aus Sicherheitsgründen notwendig ist (z.B.: Infektion bei einem Patienten; neue Krankheitserreger).
- Die Risiken der Blutspende und deren mögliche Folgen sind mir bekannt. Ich nehme sie bewusst in Kauf, da ich um den großen Nutzen meiner Blutspende für die Empfänger weiß. Mir ist bewusst, dass fehlende, unvollständige oder falsche Angaben unter Umständen schwere gesundheitliche Risiken für mich oder die Empfänger oder sogar den Tod für die Empfänger meines Blutes bedeuten können und dass ich für den Schaden, der durch vorsätzliches oder fahrlässiges Verschweigen entsteht, verantwortlich und haftbar gemacht werden kann und erteile hiermit mein Einverständnis nach vorheriger Aufklärung für die Blutspende.
- Sollte ich irgendwelche Zweifel an meiner Eignung zum Blutspenden haben oder bekommen, werde ich mich unverzüglich an einen Arzt /eine Ärztin des Blutspendedienstes wenden und /oder den vertraulichen Selbstausschluss nutzen.
- Sollte bei mir in den nächsten 4 Wochen eine Erkrankung (z.B. Infektion mit Fieber oder Durchfall) oder in den nächsten 6 Monaten eine Infektion mit HIV-, Hepatitis-, Syphilis oder eine andere Erkrankung auftreten, werde ich unverzüglich einen Arzt/eine Ärztin des Blutspendedienstes informieren. Tel: 0241-18996734 oder 0241-8089328 (24 Stunden an 7 Tagen/Woche erreichbar)

Durch den Arzt / die Ärztin auszufüllen:

Aachen, den _____

Körperliche Untersuchung: _____

Spendetauglich

Ja ☐

Nein ☐

Gesperrt bis _____

Risiken und Nebenwirkungen der Vollblutspende und Thrombozytenspende

In Einzelfällen wurden Herzinfarkt und Schlaganfall im Zusammenhang mit Blutspenden bei entsprechend vorbelasteten Personen beobachtet.

Zusätzlich sind folgende Komplikationen möglich:

Bluterguss/Hämatom: ☐

Nervenpunktion: ☐

Kreislaufprobleme: ☐

Thrombophlebitis: ☐

Arterielle Punktion: ☐

Thrombose: ☐

Zusätzlich zu den generellen Nebenwirkungen können beim Thrombozytenspenden Nebenwirkungen bedingt durch die Anwendung von Citrat auftreten, siehe IN-TR-256.

Meine oben gemachten Angaben sind korrekt. Ich wurde über oben genannten Risiken der Vollblutspende & Thrombozytenspende aufgeklärt. Es bestehen meinerseits keine weiteren Fragen und ich möchte den weiteren Spendevorgang fortsetzen.

Unterschrift des/ der Spenders/ Spenderin: _____

Eine umfangreiche Information über EU-Datenschutzgrundverordnung gem. Artikel 13 EU-DSGVO habe ich bereits im Rahmen einer Blut- / Thrombozytenspende erhalten

Ja ☐

Nein ☐

Falls ja:

☐ ich wünsche erneut eine umfangreiche Information darüber

☐ ich verzichte auf eine erneute Information darüber

Unterschrift des/ der Spenders / Spenderin: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch: _____