

**Fragebogen und Spendenerklärung**

*Bitte vor jeder Spende ausfüllen*

**Fragebogen bitte sorgfältig durchlesen und beantworten**

**Institut für Transfusionsmedizin**

Klinikum Dortmund gGmbH

44137 Dortmund - Alexanderstraße 6-10  
Telefon (0231) 953-19 999

Name \_\_\_\_\_ Spender-Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Zutreffendes ankreuzen,  
ggf. zusätzlich unterstreichen**

1.	Haben Sie die letzten Spenden gut vertragen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.	Fühlen Sie sich <b>krank</b> oder sind Sie <b>krankgeschrieben</b> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.	Waren Sie seit der letzten Spende in Behandlung beim Arzt, im Krankenhaus oder beim Heilpraktiker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Hatten Sie in der <b>letzten Woche</b> eine Zahnbehandlung, offene Wunde, Entzündung oder einen kleinen operativen Eingriff? Leiden oder litten Sie in den letzten <b>4 Wochen</b> an Durchfall, Erbrechen, Fieber, einem Tier-/ Zeckenbiss oder hatten Sie Kontakt mit Infektionskranken (z.B. Masern)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Haben Sie innerhalb der letzten <b>4 Wochen</b> Medikamente eingenommen (auch Schmerzmittel, z.B. Aspirin) oder Spritzen bekommen? Haben Sie <b>jemals</b> Medikamente zur Behandlung von Schuppenflechte oder Akne (z.B. Neotigason®) oder Haarausfall (z.B. Propecia®) erhalten? Wurden Sie <b>jemals</b> mit Hypophysenhormonen behandelt (z.B. wegen Wachstumsstörungen oder Unfruchtbarkeit)? Haben Sie in den letzten <b>12 Monaten</b> Sera oder Gewebe tierischen Ursprungs erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
6.	Wurden Sie in den letzten <b>4 Wochen</b> geimpft (bzw. bei Tollwutimpfung in den letzten 12 Monaten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.	Hatten Sie in den letzten <b>4 Monaten</b> eine Operation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Darm- oder Gelenkspiegelung), wurde Ihnen Gewebe entnommen (Biopsie) oder hatten Sie eine Stichverletzung mit einer blutigen Nadel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	Hatten Sie in den letzten <b>4 Monaten</b> eine Tätowierung, Akupunktur oder ein Piercing (auch Ohrlöcher oder permanentes Make-up)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	Litten Sie <b>jemals</b> unter • Tuberkulose, Osteomyelitis, Salmonellen, Q-Fieber, Toxoplasmose oder Borreliose? • Malaria, Syphilis, Chagas (Trypanosomiasis), Brucellose, Babesiose, Leishmaniose, Lepra, Melioidose, Rückfallfieber, Tularämie, HTLV 1/2 oder Fleckfieber und andere Rickettsiosen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
10.	Waren Sie in den letzten <b>12 Monaten</b> , auch kurzfristig, im außereuropäischen Ausland? Wenn ja, wo? ..... Wann: .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Haben Sie sich kontinuierlich 6 Monate oder länger in einem Gebiet aufgehalten, in dem sich HBV-, HCV-, HIV- oder HTLV-1/2-Infektionen vergleichsweise stark ausgebreitet haben? Wenn ja, wo? ..... Wann: .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	Haben Sie jemals länger als 6 Monate in einem Malariagebiet gelebt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	Wurden Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 01.01.1980 operiert oder hatten Sie dort eine Übertragung von Blutprodukten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Wurde bei Ihnen <b>jemals</b> • eine Leberentzündung (z.B. Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) festgestellt oder leben Sie mit einer Person mit dieser Erkrankung zusammen in einem Haushalt? • eine Infektion mit dem Immunschwächevirus (HIV-1,2: AIDS) nachgewiesen oder haben Sie bei sich Anzeichen festgestellt, die darauf hinweisen könnten (s. Infektions- Information)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
15.	Gehören Sie folgenden Personenkreisen an, die ein deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten wie HBV, HCV oder HIV haben (siehe Infektions-Info): • Heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten, z.B. Sexualverkehr mit häufig wechselnden Partnern? • Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM)? • Männliche oder weibliche Prostituierte? • Personen, die in Haft sind oder waren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
16.	Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder drogenabhängig? Haben Sie sich <b>jemals</b> Medikamente oder Drogen gespritzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
17.	Haben Sie innerhalb der letzten <b>2 Jahre</b> Blutprodukte (auch Eigenblut, Immunglobuline, Gerinnungspräparate o.ä) erhalten? Haben Sie <b>jemals</b> Transplantate tierischen oder menschlichen Ursprungs erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
18.	Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK), die Variante Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) oder eine ähnliche Hirnkrankheit festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden!

19.	Haben oder hatten Sie <b>jemals</b> eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herz- oder Kreislaufkrankheit (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck)?</li> <li>• Blutkrankheit, Lungenkrankheit (z.B. Asthma), chronische Magen-/Darmkrankheit, Nervenkrankheit (Anfallsleiden/ Epilepsie)?</li> <li>• Allergie, Rheumatisches Fieber, Zuckerkrankheit, Tumor, andere chronische Krankheit?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein
20.	<b>Nur für Frauen:</b> Waren Sie <b>jemals</b> schwanger? Sind Sie schwanger oder hatten Sie innerhalb der letzten <b>2 Jahre</b> eine Entbindung, Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch)? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein

**Spendenerklärung**

- Ich bestätige, dass der oben genannte Name auf mich zutrifft und bin einverstanden mit einer Blutspende, mit den notwendigen Untersuchungen meines Blutes einschl. der HIV-Tests, mit der Speicherung meiner Daten, selbstverständlich unter Beachtung des Datenschutzes und dass mein Blut ggf. für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden kann. Ich erkläre mich bereit, Blutuntersuchungen auch zu einem späteren Zeitpunkt aus Sicherheitsgründen vornehmen zu lassen.
- Die z. Zt. gültigen „Infektions-Informationen“ für Blutspender habe ich gelesen und verstanden; es ist mir kein Grund bekannt, der mich als Blutspender ausschließt.
- Die obigen Fragen habe ich vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bewusst, dass unvollständige oder falsche Angaben unter Umständen schwere gesundheitliche Risiken oder den Tod für den Empfänger meines Blutes bedeuten können.
- Ich versichere, dass mein gespendetes Blut nach meinem Wissen ohne Bedenken für Kranke und Verletzte verwendet werden kann.
- Ich werde den Blutspendedienst sofort benachrichtigen, wenn innerhalb der nächsten 14 Tage eine Erkrankung oder zu einem späteren Zeitpunkt eine Infektion mit z.B. HIV, Hepatitis oder Syphilis auftritt.
- Sollte ich irgendwelche Zweifel an meiner Eignung zum Blutspenden haben oder bekommen, werde ich mich unverzüglich vertraulich (z.B. auch telefonisch) an einen Arzt oder eine Ärztin im Institut wenden.
- Ich weiß, dass ich vor Ablauf von 30 Min. nach der Blutspende nicht am öffentlichen Straßenverkehr teilnehmen darf, bzw. für die Ausübung bestimmter Berufe (z.B. Personenbeförderung) oder risikoreiche Betätigungen auch längere Ruhezeiten einzuhalten habe.
- Ich versichere, dass ich das zur Verfügung gestellte Aufklärungsmaterial gelesen und verstanden habe; Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen und zufriedenstellende Antworten auf gestellte Fragen erhalten habe.
- Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

**Aus rechtlichen Gründen sind wir gehalten Sie auf folgenden Sachverhalt hinzuweisen:**

Im Zusammenhang mit einer Blutspende kann es zu folgenden Reaktionen bzw. Nebenwirkungen kommen:

- Bewusstseinsverlust, Hautblässe, Frösteln, Kaltschweißigkeit, Muskelkrämpfe, Übelkeit und Erbrechen. Dieser Kollapszustand kann in der Regel gut behandelt werden und geht meist schnell vorüber (Auftreten bei 1 - 5% der Blutspender, vorzugsweise bei Erstspendern).
  - Schwere lebensbedrohliche Komplikationen und Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen, Sauerstoffmangel, Organschäden infolge von Gefäßverschlüssen durch kleine Blutgerinnsel [z.B. Lungenembolie] und innere Blutungen) sind sehr selten.
  - In unmittelbarem Zusammenhang mit der Blutspende kommt es zu leichten Veränderungen in der Zusammensetzung der weißen Blutkörperchen und der Blutplättchen, die in wenigen Stunden wieder ausgeglichen sind und zu keinen gesundheitlichen Schäden führen.
  - Die durch eine Blutspende verursachten Verluste der roten Blutkörperchen führen in Einzelfällen zu Blutarmut bzw. Eisenmangel und sind bei ausreichender Eisenzufuhr durch die Nahrung in der Regel nach 50 - 60 Tagen wieder ausgeglichen.
  - Durch eine Venenpunktion kann es in seltenen Fällen zu Schädigungen von Blutgefäßen oder Nerven sowie zu Entzündungsreaktionen kommen. Ein sehr seltenes Ereignis ist eine irreversible Nervenschädigung und ihre Folgen wie
    - vorübergehendes Schmerzempfinden,
    - kurzfristige Lähmungserscheinungen,
    - Taubheitsgefühl,
    - chronische unbeherrschbare Schmerzen,
    - andauernde Lähmungen,
    - womit eine eingeschränkte Lebensführung einhergehen würde.
- Ich fühle mich ausreichend informiert und möchte keine weitere Information.
- Ich hatte Gelegenheit in einem Arztgespräch folgend(e) Fragen ausführlich zu besprechen:

---



---

Ort, Datum, Unterschrift **Spender**

Unterschrift **Spendearzt**