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

_____ _____
Ort, Datum, Unterschrift **Spender** Unterschrift **Spendearzt**

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand			
1.	• Fühlen Sie sich heute am Spendetag **krank** oder sind Sie aktuell **krankgeschrieben**? • Haben Sie heute schon gegessen und getrunken? • Wiegen Sie mindestens 50kg?	□ ja □ ja □ ja	□ nein □ nein □ 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 □ ja	□ nein □ 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 □ ja □ ja	□ nein □ nein □ 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 □ ja	□ nein □ 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 (Hepatitis, „Gelbsucht“) festgestellt? • eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?	□ ja □ ja	□ nein □ 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 □ ja	□ nein □ nein
12.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?	□ ja	□ 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)?	□ ja	□ nein
14.	Haben Sie jemals eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten? Wenn ja, wann zuletzt? ……..	□ ja	□ nein
15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung), eine Katheteranwendung, eine Operation oder eine Gewebetransplantation?	□ ja	□ 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 • 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?	□ ja	□ nein
	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Medikamente zur Vorbeugung einer HIV-Infektion (PrEP) eingenommen?	□ ja	□ nein
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt oder geschnupft?	□ ja	□ nein
18.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	□ ja	□ nein
19.	Haben Sie jemals Spritzen erhalten, die nicht ärztlich verschrieben wurden (z. B. Muskelaufbaupräparate, Botox)?	□ ja	□ nein
20.	• Haben Sie jemals Frischzellen, bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten?	□ ja	□ nein
	• Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden?	□ ja	□ nein
	• Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z. B. gegen Schlangenbisse)?	□ ja	□ nein
21.	• Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? Wenn ja, wo? ……...	□ ja	□ nein
	• Sind Sie im außereuropäischen Ausland geboren? Wenn ja, wo? ……...	□ ja	□ nein
	• Haben Sie jemals länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland gelebt? Wenn ja, wo? …… Wann? ……	□ ja	□ nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	□ ja	□ nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber, Toxoplasmose?	□ ja	□ 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?	□ ja	□ nein
Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut			
25.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen oder heute am Spendetag Tabletten oder andere 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 Hautekzem, Schuppenflechte oder Akne eingenommen (z.B. Toctino®, Neotigason®, 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?	□ ja	□ nein
	• Haben Sie jemals Hornhaut -, Hirnhaut - oder andere Transplantate erhalten?	□ ja	□ nein

Name _____ Spender-Nr.:_____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

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:

_____

_____ _____

Datum, Unterschrift **Spender** Unterschrift **Spendearzt**