



210006 Blutspendefragebogen

Zentralinstitut für
Transfusionsmedizin
GmbH

Dokument ID
51775
Revision: 14

MUSTER
Der Fragebogen muss im
Spendedienst im Original ausgefüllt
werden

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse: (zur Kontrolle der richtigen Adresse bitte ausfüllen):		Spendernummer:

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand		Ja	Nein
1.	<ul style="list-style-type: none">Fühlen Sie sich heute krank oder sind Sie aktuell krankgeschrieben?Haben Sie heute schon gegessen und getrunken und wiegen Sie mindestens 50kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?Eine kleine OP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie zur Zeit eine offene Wunde, eine Hautinfektion oder einen Abszess ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (<u>ggf. 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, Medikamentenmissbrauch?Tumor (z.B. Krebs) oder Autoimmunerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	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? Haben Sie in den letzten 6 Monaten Knochenmark oder Stammzellen gespendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Werden Sie in den nächsten 12 Stunden 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"/>	<input type="checkbox"/>
9.	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"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können		Ja	Nein
10.	Hatten Sie in den letzten 8 Wochen Kontakt mit Infektionskranken (z.B. Grippe, Masern, Corona) ? Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit extrem gefährlichen Krankheitserregern (z.B. Ebola Virus) gearbeitet oder sind Sie damit anderweitig in Kontakt gekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Zeckenbiss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Wurde bei Ihnen <ul style="list-style-type: none">jemals eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis festgestellt?eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<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 Modifizierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



210006 Blutspendefragebogen

Zentralinstitut für
Transfusionsmedizin
GmbH

Dokument ID 51775 Revision: 14

MUSTER
Der Fragebogen muss im
Spendedienst im Original ausgefüllt
werden

		Ja	Nein
15.	Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über die Schleimhaut (auch Auge) od. durch eine Verletzung mit einem Instrument (z.B. Injektionsnadel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Haben Sie jemals eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma, auch Eigenblut) erhalten? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Endoskopie (z.B. Magen-, Blasen-, Gelenk-, Darmspiegelung), eine Katheteranwendung oder eine Operation, eine Gewebetransplantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:in ohne es zu wissen infiziert sein und durch sein Blut 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			
18.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr <ul style="list-style-type: none"> mit insgesamt mehr als 2 Personen? als Mann mit einem neuen männlichen Partner oder mit mehr als einem männlichen Partner? für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben mit einer Person mit einer der vorgenannten Verhaltensweisen? mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist? mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat? Wenn ja; wann/wo:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
19.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten eine medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Haben Sie schon einmal Drogen genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Haben Sie jemals Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt:Ärztin verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate, Botox)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Sind Sie im Ausland geboren? wenn ja, wo?..... <ul style="list-style-type: none"> Haben Sie jemals länger als 6 Monate im Ausland gelebt? Wenn ja, wo Wann Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? Wenn ja, wo 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber, Toxoplasmose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen zu möglichen Arzneimittelrückständen im Blut		Ja	Nein
28.	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, Pille oder andere? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	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"/>	<input type="checkbox"/>



30.	Wurden Sie in den letzten 4 Monaten geimpft? Wenn ja, gegen welche Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen		Ja	Nein
31.	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"/>	<input type="checkbox"/>
32.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Haben Sie sich in den Jahren zwischen dem 01.01.1980 und 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien (England, Schottland, Wales, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln) aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Sind Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien (siehe vorherige Frage) nach dem 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote und weiße Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma, Kryopräzipitat) oder eine Behandlung mit Medikamenten aus Plasma (Injektion, Infusion von Immunglobulinen, Gerinnungsfaktoren etc.) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spendeeinwilligungserklärung:

- Ich bestätige, dass umseitig genannter Name und die Adresse auf mich zutreffen.
- Die zurzeit gültigen „Informationen zur Blutspende“ und die „AIDS/Hepatitis-Informationen für Blutspender“ habe ich gelesen und verstanden. Es ist mir kein Grund bekannt, der mich als Blutspender:in ausschließt.
- Die obigen Fragen habe ich verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet. Mir ist bewusst, dass unvollständige oder falsche Angaben unter Umständen schwere gesundheitliche Risiken oder den Tod für die Empfänger meines Blutes bedeuten können, und dass ich für den Schaden, der durch vorsätzliches oder fahrlässiges Verschweigen entsteht, verantwortlich bin.
- Ich bin einverstanden mit einer Blutspende, mit den notwendigen Untersuchungen meines Blutes einschließlich des HIV-Testes, der Aufbewahrung einer Blutprobe über mehrere Jahre (Rückstellprobe), mit der Speicherung meiner Daten durch den Blutspendedienst unter Beachtung des Datenschutzes und der freien Verfügbarkeit meiner Blutspende.
- Ich bin damit einverstanden, dass an den mir entnommenen Blutproben auch Untersuchungen zum Zweck der Qualitätssicherung (z.B. Bildung von Kontrollkollektiven mit Normalwerten) in anonymer Form durchgeführt werden können.
- Ich erkläre mich bereit, notwendige Blutuntersuchungen auch zu einem späteren Zeitpunkt vornehmen zu lassen.
- Darüber hinaus hatte ich Gelegenheit, selber Fragen zu stellen. Diese wurden mir, falls ich Fragen gestellt hatte, zufriedenstellend beantwortet.
- Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt irgendwelche Zweifel an meiner Eignung zum Blutspenden haben oder bekommen, werde ich mich unverzüglich vertraulich (z. B. telefonisch) an einen Arzt:Ärztin des Blutspendedienstes wenden.
- Ich werde den Blutspendedienst auch sofort benachrichtigen, wenn innerhalb der nächsten 14 Tage eine Erkrankung, besonders eine Infektion (z. B. Gelbsucht) auftritt.
- Nach Aufklärung über die mit der Blutspende verbundenen Risiken bin ich mit der Fortsetzung des Spendeprozesses einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Spender:in

Unterschrift Arzt:Ärztin



Nur im Falle eines EDV Ausfalles ausfüllen!

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Spendernummer:		

Entnahmenummer hier aufkleben:

Spendedokumentation ohne Blues-Anbindung

Untersuchung		Visum	Vorgang	Eintrag/Visum	Ärztliche Anmerkungen
Überprüfung Ausweis/Identität			SPV		spendetauglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hb	g/dl		Register/Charge		SS ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> TF ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
RR	/ mm Hg		Mischwaage /Punktion		
Puls	/min		Abschluss mit Uhrzeit		
Temp	C		Dauer (Minuten)		Unterschrift Arzt:Ärztin