

Version 1/2008

Fragebogen für Blutspender

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Pers.-Ausweis-/Reisepass-Nr.:	
PLZ Wohnort:	Straße:	
Telefon-Nr. (privat):	(dienstlich):	
Beruf:	Gewicht: kg	Größe: cm

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus!

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder unterstreichen:

I. Fragen zu bisherigen Blutspenden:

ja nein

1. Haben Sie in den letzten 12 Wochen Blut gespendet? ja nein

2. Haben Sie in den letzten 2 Jahren anderweitig Blut gespendet? ja nein
wenn ja, wo und wann?

3. Sind Sie jemals als Blutspender zurückgestellt worden? ja nein
wenn ja, wann und warum?

II. Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

	ja	nein
1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hatten Sie in den letzten vier Wochen Fieber oder einen Infekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Leiden oder litten Sie in den letzten 4 Wochen an Durchfällen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Waren Sie in den letzten 4 Monaten in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein oder haben Sie früher regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten einen Unfall und/oder eine Operation oder haben Sie im Krankenhaus gelegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Leiden oder litten Sie jemals an akuten oder chronischen Erkrankungen, z.B. an Herz, Lunge, Gefäßen, Blut, Magen, Darm, Nieren, Nerven, Psyche, Diabetes, Epilepsie, Autoimmunerkrankungen oder anderen? Wann? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Haben oder hatten Sie Infektions- oder Tropenkrankheiten, z.B. Melioidose, Tuberkulose, Osteomyelitis (Knochenentzündung), Malaria, Brucellose (Bang'sche Krankheit oder Maltafieber), Typhus, Paratyphus, Syphilis, Leishmaniose, Babesiose, Trypanosomiasis, Rickettsiose (Fleckfieber), Tularämie, Rückfallfieber, Lepra, Q-Fieber, Toxoplasmose, Rheumatisches Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sind Sie Salmonellen-Dauerausscheider?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Leiden oder litten Sie jemals an einer bösartigen Erkrankung (Krebs, Leukämie o.ä.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren leberkrank (z.B. infektiöse Gelbsucht wie Hepatitis A,- B,- C) oder wurde bei Ihnen jemals eine HAV-, HBV- oder HCV-Infektion nachgewiesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Leiden Sie unter Allergien, Asthma, Heuschnupfen, unklarem Hautausschlag? Wenn ja, bitte genaue Angaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sind Sie in den letzten 4 Wochen geimpft worden? Wenn ja, wogegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut geimpft (z.B. nach Tierbissen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Haben Sie jemals eine Blut- oder Plasmaübertragung (Transfusion) oder andere Blutbestandteile erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sind Sie jemals mit Seren tierischen Ursprungs behandelt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Hatten Sie jemals eine Hornhaut-/Hirnhaut-Transplantation oder ein anderes menschliches oder tierisches Transplantat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sind Sie jemals mit menschlichen Wachstumshormonen behandelt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Sind Sie oder ein Blutsverwandter von Ihnen an Creutzfeld-Jakob-Erkrankung oder an der Variante der Creutzfeld-Jakob-Erkrankung erkrankt oder besteht Verdacht auf diese Erkrankung bei Ihnen oder bei einem Blutsverwandten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Haben Sie sich zwischen dem 01.01.1980 und dem 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Wurden bei Ihnen seit dem 01.01.1980 im Vereinigen Königreich Großbritannien und Nordirland Operationen und/oder Transfusionen durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ja nein

23. Sind Sie in einem außereuropäischen Land geboren, aufgewachsen oder haben dort längere Zeit gelebt? ja nein
Wenn ja, wo?
24. Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten außerhalb Deutschlands aufgehalten? ja nein
Wenn ja, wo? wann?
25. Sind während des Aufenthaltes außerhalb Deutschlands Krankheitszeichen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, wann? welche?
26. Ist es nach Abreise aus einem Malariagebiet oder nach Beendigung der Einnahme einer Malariaprophylaxe zum Auftreten von unerklärlichem Fieber gekommen? ja nein
27. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit Personen, die an Masern, Röteln, Mumps, Windpocken oder anderen Infektionen erkrankt waren? ja nein
28. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten innerhalb einer häuslichen Lebensgemeinschaft engen Kontakt mit Personen, die an einer Hepatitis B oder C (Gelbsucht), HTLV-I/-II oder HIV-Infektion leiden, bei denen ein erhöhtes Infektionsrisiko für diese Erkrankung besteht oder sind Sie aus einem Gebiet mit erhöhtem Infektionsrisiko eingereist? ja nein
29. Gehören Sie zu den besonders HIV-, Hepatitis B- oder C-infektionsgefährdeten Personen (homo- oder bisexuelle Männer, intravenös Drogenabhängige, Prostituierte, Häftlinge) oder hatten Sie in den letzten 4 Monaten intimen Kontakt zu dieser Personengruppe? ja nein
30. Sind Sie mit HIV (AIDS) und/oder HTLV-I/-II infiziert? ja nein
31. Haben Sie oder Ihr/e Partner/in gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte? ja nein
32. Gehen oder gingen Sie der Prostitution nach? ja nein
33. Sind Sie zur Zeit oder waren Sie in den letzten 4 Monaten in Haft? ja nein
34. Sind oder waren Sie jemals alkoholabhängig? ja nein
35. Haben Sie in den letzten 12 Stunden Alkohol getrunken? ja nein
36. Sind oder waren Sie jemals medikamentenabhängig? ja nein
Wenn ja, welche?
37. Sind oder waren Sie jemals drogenabhängig? ja nein
38. Haben Sie schon einmal Drogen genommen? ja nein
Wenn ja, welche? wann zuletzt?
39. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Verletzungen durch Injektionsnadeln oder andere Gegenstände, die möglicherweise mit Blut oder Blutbestandteilen verunreinigt waren? ja nein
40. Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten einer Tätowierung, Akupunktur, Nasen-/Ohrlochdurchstechung oder ähnlichem unterzogen? ja nein
41. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Endoskopie (Magen-, Darm-, Gelenkspiegelung), Biopsien oder Untersuchung/Behandlung mittels Katheter? ja nein

Für Frauen:

42. Hatten Sie jemals eine Entbindung oder Fehlgeburt oder haben Sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen? ja nein
43. Waren Sie seit der letzten Spende schwanger? ja nein
44. Sind Sie zur Zeit schwanger? ja nein

Blutspendeerklärung

Ich habe das AIDS/Hepatitis-Merkblatt und das Merkblatt für Blutspender aufmerksam gelesen und verstanden. Ich bin mit der Durchführung der Blutspende bzw. Apherese und den erforderlichen Laboruntersuchungen (einschl. HIV-Test) einverstanden. Die mir gestellten Fragen habe ich verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen und habe auf alle Fragen verständliche Antworten bekommen.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben meinerseits andere Menschen gefährden können und ich gegebenenfalls strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich ermächtige das Institut für Transfusionsmedizin, gegebenenfalls Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einzuholen bzw. dem von mir genannten Arzt mitzuteilen.

Ich bin mit der Erhebung und der Speicherung meiner personenbezogenen Daten und der Ergebnisse meiner Blutuntersuchungen einschließlich der Weitergabe an andere Blutspendeeinrichtungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes einverstanden.

Ich erkläre mein Einverständnis damit, dass der Blutspendedienst über die Blutprodukte aus meiner Spende frei verfügen kann und Bestandteile meiner Blutspende für Forschungszwecke anonymisiert verwendet werden können.

.....
Datum

.....
Unterschrift des/r Spenders/in

Ärztliche Untersuchung

Identität geprüft:

Körperlicher Status:

Hb: g/dl (mmol/l) RR: mmHg Puls: /min

Temperatur: °C

Zur Spende zugelassen: ja nein

Bemerkungen

Ablehnungsgrund

.....
Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt