Spenderfragebogen (Voruntersuchung) Seite 1/4

Dok. [Vers.] 9-51.030.5-0 [011] vom 02.10.2026

a030101b

Spende-Etikett
(nach EDV-Registrierung hier einkleben)

Bitte zutreffende Felder deutlich anstreichen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, wenden Sie sich bitte an den Entnahmearzt.

Name:..... **Geburtsdatum:.....**

Vorname:..... **Ausgeübter Beruf:.....**

Aktuelle Anschrift

Straße:.....

Adress-Zusatz:.....

PLZ und Ort:.....

Telefon

privat:.....

dienstlich:.....

mobil:.....

	Ja	**Nein**
1. Waren Sie in den letzten 4 Wochen **krank** oder **arbeitsunfähig**?		
2. Fühlen Sie sich **zurzeit gesund** und **leistungsfähig**?		
3. Ist bei Ihnen ein **Hypertonus (Bluthochdruck)** bekannt?		
4. Haben oder hatten Sie **Herz-/Lungenerkrankungen**?		
5. Haben oder hatten Sie **Magen-/Darmerkrankungen**?		
6. Haben oder hatten Sie **Nierenerkrankungen**?		
7. Haben oder hatten Sie **Schilddrüsenerkrankungen**?		
8. Haben oder hatten Sie **Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)**?		
9. Haben oder hatten Sie **rheumatische Erkrankungen**?		
10. Haben Sie häufig **Nasenbluten, Blutergüsse**, oder bluten Sie aus kleineren Verletzungen lange nach?		
11. Haben oder hatten Sie eine **Blutgerinnungsstörung**, z.B. **Hämophilie** (Blutungsneigung) oder **Thrombophilie** (Neigung zu Blutgerinnseln) ?		
12. Haben oder hatten Sie eine **Epilepsie** (Neigung zu **Krampfanfällen**)?		
13. Haben oder hatten Sie eine **schwere psychische Erkrankung**?		
14. Sind bei Ihnen **allergische Reaktionen** bekannt (Heuschnupfen, Asthma, Hauterscheinungen, Medikamentenunverträglichkeit)?		
15. Sind oder waren Sie in den letzten 2 Jahren an **Hepatitis A** erkrankt ?		
16. Sind Sie gegen **Hepatitis B geimpft** ?		
17. Trinken Sie **Alkohol**?		
18. **Rauchen** Sie ?		

Spenderfragebogen (Voruntersuchung) Seite 2/4

Dok. [Vers.] 9-51.030.5-0 [011] vom 02.10.2026

Name: _____

a030102b

Vorname: _____

Spende-Etikett
(nach EDV-Registrierung hier einkleben)

Bitte zutreffende Felder deutlich anstreichen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, wenden Sie sich bitte an den Entnahmearzt.

	Ja	**Nein**
19. Haben Sie in den **letzten 4 Wochen Medikamente** (auch Dauermedikation!) eingenommen? Bitte geben Sie auch **Schmerztabletten, Augentropfen, Nasen- oder Asthmaspray** an!		
20. Hatten Sie in den **letzten 4 Wochen Durchfall oder Fieber**?		
21. Hatten Sie in den **letzten 4 Wochen Kontakt** mit **Infektionskrankheiten: Röteln, Mumps, Masern** etc. ?		
22. Sind Sie an **Salmonellen (Typhus- und Paratyphus-Erreger) erkrankt** oder sind Sie ein **Dauerausscheider** der erwähnten Erreger?		
23. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten** eine **Operation, Magenspiegelung, Darmspiegelung, Gewebeentnahme** oder einen anderen **ärztlichen Eingriff**?		
24. Hatten Sie in den **letzten 7 Tagen** eine **zahnärztliche Behandlung** oder eine **professionelle Zahnreinigung**?		
25. Haben Sie sich in den **letzten 4 Monaten tätowieren, Ohrlöcher stechen, piercen** oder **akupunktieren** lassen?		
26. 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)?		
27. Wurden Sie in den **letzten 12 Monaten geimpft**?		
28. Haben Sie jemals eine **Blutübertragung** (**rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma** - auch **Eigenblut**) erhalten?		
29. Sind Sie im **außereuropäischen Ausland geboren** oder **aufgewachsen** oder haben Sie sich jemals **länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufgehalten**?		
30. Waren Sie in den **letzten 4 Wochen außerhalb Deutschlands**?		
31. Waren Sie in den **letzten 6 Monaten außerhalb Europas**?		
32. 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?		
33. Hatten Sie **in den letzten 4 Monaten** Sexualverkehr mit Personen, die im Ausland leben oder länger als 6 Monate im Ausland gelebt haben und in den vergangenen 8 Monaten nach Deutschland eingereist sind?		
34. Hatten Sie **in den letzten 4 Monaten** Sexualverkehr, für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt oder erhalten haben?		
35. Haben oder hatten Sie **in den letzten 4 Monaten** Sexualverkehr mit einem/einer HIV- oder Hepatitis-Infizierten oder dessen/deren Partner:in?		
36. Haben Sie **in den letzten 4 Monaten** Medikamente zur **Vorbeugung einer HIV-Infektion (PrEP)** eingenommen?		
37. Besteht eine **Lebensgemeinschaft** mit einem **HIV-** oder **Hepatitis-infizierten** Menschen?		
38. Ist bei Ihnen eine **HIV-Infektion (AIDS)**, eine **HTLV-I/II-Infektion** oder eine **Hepatitis** (infektiöse Lebererkrankung) bekannt, unabhängig davon ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind?		
39. Erhielten Sie **in den letzten 12 Monaten tierisches Serum** (z. B. gegen Schlangenbisse)?		
40. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten** wissentlich Kontakt mit **Gelbsucht- (Hepatitis-)** oder **Tuberkulose-(Tbc-)Erkrankten**?		
41. Befanden Sie sich in den **letzten 4 Monaten in Haft**?		

Spenderfragebogen (Voruntersuchung) Seite 3/4

Name: _____

Vorname: _____

a030103b

Spende-Etikett
(nach EDV-Registrierung hier einkleben)

Bitte zutreffende Felder deutlich anstreichen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, wenden Sie sich bitte an den Entnahmearzt.

	Ja	**Nein**
42. Ist **bei Ihnen**, in Ihrer **Familie** oder bei einem **Blutsverwandten** die **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit** oder deren **Variante** aufgetreten, oder besteht bei Ihnen der **Verdacht auf diese Erkrankung**?		
43. Sind Sie **alkoholabhängig, medikamentenabhängig**, nehmen Sie **Drogen** oder haben Sie jemals Drogen **gespritzt** oder **geschnupft**?		
44. Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** die Medikamente **Neotigason/Acitretin, Tigason/Etrenitat, Roaccutan oder Isotretinoin eingenommen**?		
45. Haben Sie jemals **Thymuspräparate, Hypophysenhormone** (z.B. Wachstumshormone) oder **Transplantate** menschlichen oder tierischen Ursprungs (z.B. Hirnhaut-,Hornhauttransplantate) erhalten?		
46. Sind Sie jemals mit **Insulin** behandelt worden?		
47. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Malaria, Toxoplasmose, Leishmaniose, Babesiose, Trypanosomiasis** (**Chagas-** oder **Schlafkrankheit**)?		
48. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Syphilis, Tuberkulose, Osteomyelitis, Brucellose, Rickettsiose, Lepra, Rückfallfieber, Tularämie, Melioidose, Fleckfieber, Q-Fieber**?		
49. Haben oder hatten Sie **bösartige Tumoren**?		
50. Leiden Sie an **anderen** (als den bereits erwähnten) **chronischen Erkrankungen**?		
51. Haben Sie zurzeit **gesundheitliche Probleme** irgendeiner Art?		
52. Haben Sie schon einmal **Blut gespendet**?		
53. **Für Frauen**: Sind Sie **zurzeit** oder waren Sie **in den letzten 12 Monaten schwanger**? (**Entbindung**, **Fehlgeburt** oder **Schwangerschaftsabbruch**)?		
54. **Für Frauen**: Waren Sie **jemals schwanger** (**Entbindung**, **Fehlgeburt** oder **Schwangerschaftsabbruch**)?		

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->

Spenderfragebogen (Voruntersuchung) Seite 4/4

Dok. [Vers.] 9-51.030.5-0 [011] vom 02.10.2026

Name: _____

Vorname: _____

a030104b

Spende-Etikett
(nach EDV-Registrierung hier einkleben)

Bitte zutreffende Felder deutlich anstreichen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, wenden Sie sich bitte an den Entnahmearzt.

Ja **Nein**

Erklärung des Spenders:
Hiermit versichere ich, dass die vorstehend gemachten Angaben nach bestem Wissen erfolgt sind. Es ist mir bekannt, dass falsche Angaben unter Umständen zu schweren Gesundheitsschäden beim Empfänger führen können, da nicht alle schädigenden Einflüsse der Blutkonserven durch Laboruntersuchungen ausgeschlossen werden können. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen Befunde und Daten im EDV-System des Instituts für Transfusionsmedizin des UKE, Martinistr. 52, 20246 Hamburg gespeichert werden.
Für jede Weitergabe meiner Daten an Personen oder Stellen, die nicht mit meiner Untersuchung betraut sind, muss mein Einverständnis eingeholt werden. Ich bin damit einverstanden, dass bei jeder Spende die für die Sicherheit der Blutkonserven erforderlichen Laboruntersuchungen (u. a. Hepatitis-, HIV- und Lues-Tests) durchgeführt werden. Mein Blut darf auch für wissenschaftliche Untersuchungen eingesetzt werden. Mit einer Abgabe des nicht verbrauchten Blutplasmas für die industrielle Herstellung von Medikamenten (Eiweiß- und Gerinnungspräparate) bin ich einverstanden. Solange ich hier als Blutspender gemeldet bin, verpflichte ich mich, nicht an anderen Stellen Blut zu spenden. Das "AIDS-/Hepatitis-Merkblatt" (Dok. 9-53.107.1-0) habe ich gelesen und verstanden.
Ich wurde über mögliche Risiken und Nebenwirkungen des Blutspendens ärztlich aufgeklärt (u. a. Kreislaufreaktionen, Verletzungen durch Sturz, Blutergüsse, Nervenschädigung, dauerhafte Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen, Venentzündung, Venenverschluss/ Thrombose). Den dazugehörigen u. g. Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich stimme der Blutspende mit meiner Unterschrift in Kenntnis der aufgeführten Risiken zu.
Falls innerhalb von 3 Wochen nach einer Blutspende eine fieberhafte Erkrankung oder innerhalb von 6 Monaten eine Infektion mit HIV-, Hepatitis- oder Syphiliserregern auftritt, werde ich das Institut für Transfusionsmedizin des UKE unverzüglich informieren.
Ich hatte Gelegenheit Fragen zu mir unklaren Sachverhalten zu stellen und erkläre mich mit der Durchführung von Blutspenden einverstanden.

- Vollblutspende: Aufklärungsblatt "Informationen für Blutspender", Dok. 9-51.020.1-0.

..... Hamburg, den .....
(Unterschrift des Spenders)