Spenderfragebogen (Voruntersuchung) Seite 1/4

Name: **Test**
Vorname: **Spender**
Geb.-Dat.: **18.07.1965**
Ausw-Nr.: 8649543

Dok. [Vers.] 9-51.030.5-0 [009] vom 15.07.23

a030101b

Datum: 12.07.2023
Spende-Nr.: **23000167**

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 **zur Zeit 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 **Psychose**?		
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 ?		

Name: **Test**
Vorname: **Spender**
Geb.-Dat.: **18.07.1965**
Ausw-Nr.: 8649543

Dok. [Vers.] 9-51.030.5-0 [009] vom 15.07.23

a030102b

Datum: 12.07.2023
Spende-Nr.: **23000167**

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 3 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, Zahnextraktion** oder einen anderen **ärztlichen Eingriff**?		
24. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten Kontakt mit fremdem Blut** oder eine **Nadelstichverletzung**?		
25. Haben Sie sich in den **letzten 4 Monaten tätowieren, Ohrlöcher stechen, piercen** oder **akupunktieren** lassen?		
26. Wurden Sie in den **letzten 12 Monaten geimpft**?		
27. Haben Sie in den **letzten 4 Monaten Blutbestandteile** oder **aus Blutplasma hergestellte Medikamente** erhalten?		
28. Sind Sie in einem **Malariagebiet** geboren oder aufgewachsen?		
29. Waren Sie in den **letzten 4 Wochen außerhalb Deutschlands**?		
30. Waren Sie in den **letzten 12 Monaten außerhalb Europas**?		
31. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten** Sexualverkehr mit einer **neuen Partnerin** / einem **neuen Partner**?		
32. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten Serum tierischen Ursprungs** verabreicht bekommen?		
33. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten** wissentlich Kontakt mit **Gelbsucht- (Hepatitis-)** oder **Tuberkulose-(Tbc-)Erkrankten**?		
34. Haben Sie sich in der Zeit **vom 1.1.1980 bis 31.12.1996** insgesamt **länger als 6 Monate** im **Vereinigten Königreich** (Großbritannien und Nordirland) aufgehalten?		
35. Wurden Sie **nach dem 01.01.1980** im **Vereinigten Königreich** (Großbritannien und Nordirland) **operiert** oder haben Sie dort eine **Bluttransfusion** erhalten?		
36. 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**?		
37. Hatten Sie in den **letzten 12 Monaten intimen Kontakt mit Personen**, die ihren Lebensmittelpunkt in **Asien, Afrika, Mittel-, Südamerika** oder der **Karibik** hatten oder haben?		
38. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten intimen Kontakt mit einer/m Prostituierten** oder hatten Sie **Sexualkontakte gegen Bezahlung**?		
39. Besteht eine **Lebensgemeinschaft** mit einem **HIV-** oder **Hepatitis-infizierten** Menschen?		
40. Gehören Sie einer sog. **AIDS-Hepatitis-Risikogruppe** an (siehe AIDS-/Hepatitis-Merkblatt) oder haben/hatten Sie **Intimkontakt mit einem/r Angehörigen** einer **AIDS-/Hepatitis-Risikogruppe** oder **dessen Partner/in**?		
41. Haben oder hatten Sie **Intimkontakt** mit einem **AIDS-Erkrankten** oder einem **HIV- oder Hepatitis-Infizierten** oder **dessen Partner/in**?		
42. Ist bei Ihnen eine **HIV-Infektion (AIDS)**, eine **HTLV-I/II-Infektion** oder eine **Hepatitis** (infektiöse Lebererkrankung) bekannt, unabhängig davon ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind?		

Name: **Test**
Vorname: **Spender**
Geb.-Dat.: **18.07.1965**
Ausw-Nr.: 8649543

Dok. [Vers.] 9-51.030.5-0 [009] vom 15.07.23

a030103b

Datum: 12.07.2023
Spende-Nr.: **23000167**

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

	Ja	Nein
43. Befanden Sie sich in den **letzten 4 Monaten in Haft**?		
44. Sind Sie **alkoholkrank**, **medikamentenabhängig** oder nehmen Sie **Drogen**?		
45. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** die Medikamente **Neotigason®** oder **Roaccutan®** eingenommen?		
46. Haben Sie jemals **Thymuspräparate, Hypophysenhormone** (z.B. Wachstumshormone) oder **Transplantate** menschlichen oder tierischen Ursprungs (z.B. Hirnhaut-,Hornhauttransplantate) erhalten?		
47. Sind Sie jemals mit **Insulin** behandelt worden?		
48. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen: Malaria, Toxoplasmose, Leishmaniasis, Babesiose, Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit)?		
49. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen: Syphilis, Tuberkulose, Osteomyelitis, Brucellose, Rickettsiose, Lepra, Rückfallfieber, Tularämie, Melioidose, Fleckfieber, Q-Fieber?		
50. Haben oder hatten Sie **bösartige Tumoren**?		
51. Leiden Sie an **anderen** (als den bereits erwähnten) **chronischen Erkrankungen**?		
52. Haben Sie zur Zeit **gesundheitliche Probleme** irgendeiner Art?		
53. Haben Sie schon einmal **Blut gespendet**?		
54. **Nur für Männer**: Hatten Sie schon einmal **Sexualverkehr mit einem anderen Mann**?		
55. **Für Frauen**: Sind Sie **zur Zeit** oder waren Sie **in den letzten 12 Monaten schwanger**? (**Entbindung**, **Fehlgeburt** oder **Schwangerschaftsabbruch**)?		
56. **Für Frauen**: Waren Sie **jemals schwanger** (**Entbindung**, **Fehlgeburt** oder **Schwangerschafts-abbruch**)?		

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->

Name: **Test**
Vorname: **Spender**
Geb.-Dat.: **18.07.1965**
Ausw-Nr.: 8649543

Dok. [Vers.] 9-51.030.5-0 [009] vom 15.07.23

a030104b

Datum: 12.07.2023
Spende-Nr.: **23000167**

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 durch den untersuchenden Arzt aufgeklärt (u. a. Kreislaufreaktionen, Verletzungen durch Sturz, Blutergüsse, Nervenschädigung, dauerhafte Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen). 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 unverzüglich einen Arzt des Instituts für Transfusionsmedizin, UKE 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 (UKE) bzw. Dok. 9-51.021.1-0 (Albertinen-Haus)

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