

**Fragebogen** (bitte sorgfältig durchlesen und Zutreffendes ankreuzen)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Telefonnummer privat
Hausarzt	Telefonnummer mobil

<b>Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand</b>			
<b>1.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fühlen Sie sich <b>krank</b> oder sind Sie <b>krankgeschrieben</b>?</li> <li>• Haben Sie heute schon gegessen und getrunken?</li> <li>• Wiegen Sie mindestens 50kg?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>2.</b>	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> <li>• einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z.B. Erkältung, Harnwegsinfekt)?</li> <li>• eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung?</li> <li>• eine Verletzung oder einen kleinen operativen Eingriff?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>3.</b>	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>4.</b>	Waren Sie in den letzten 4 Monaten beim Arzt, beim Heilpraktiker oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>5.</b>	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (ggf. unterstreichen): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herz- oder Gefäßerkrankung (z.B. Thrombose, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall)?</li> <li>• Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie)?</li> <li>• Wiederholte Ohnmachtsanfälle?</li> <li>• Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z.B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm?</li> <li>• chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, Alkoholkrankheit?</li> <li>• Tumor (z.B. Krebs)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>6.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut oder Plasma spenden dürfen?</li> <li>• Hat es bei einer früheren Spende Komplikationen gegeben?</li> <li>• Spenden Sie auch in anderen Spende-Einrichtungen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>7.</b>	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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>8.</b>	<b>Nur für Frauen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind Sie schwanger oder stillen Sie?</li> <li>• Waren Sie <b>jemals</b> schwanger? Wenn ja, wann zuletzt? .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können</b>			
<b>9.</b>	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit extrem gefährlichen Krankheitserregern (z.B. Ebolavirus) gearbeitet oder sind Sie damit anderweitig in Kontakt gekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>10.</b>	Wurde bei Ihnen jemals <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z.B. Hepatitis festgestellt?</li> <li>• eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>11.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur?</li> <li>• 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?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>12.</b>	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>13.</b>	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)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>14.</b>	Haben Sie jemals eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten? Wenn ja, wann zuletzt? .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>15.</b>	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z.B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung) oder eine Katheteranwendung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

	<b>Name, Vorname:</b>		
16.	<b>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.</b>		
	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit insgesamt mehr als zwei Personen?</li> <li>• als Mann mit einem neuen männlichen Partner oder mit mehr als einem männlichen Partner?</li> <li>• für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben?</li> <li>• mit einer Person mit einer der vorgenannten Verhaltensweisen?</li> <li>• mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist?</li> <li>• mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie in den letzten 4 Monaten eine medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt oder geschnupft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.	Haben Sie jemals Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate, Botox)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie jemals Frischzellen, bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten?</li> <li>• Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden?</li> <li>• Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
21.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind Sie im Ausland geboren? Wenn ja, wo? .....</li> <li>• Haben Sie jemals länger als 6 Monate im Ausland gelebt? Wenn ja, wo? ..... Wann? .....</li> <li>• Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? Wenn ja, wo? .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber, Toxoplasmose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut</b>			
25.	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 oder andere? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26.	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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
27.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, gegen welche Erkrankungen? .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen</b>			
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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
29.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wurden Sie vor 1996 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse behandelt z.B. wegen Wachstumsstörungen, Endometriose, Kinderwunsch?</li> <li>• Haben Sie jemals Hornhaut -, Hirnhaut - oder andere Transplantate erhalten?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
30.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie sich in der Zeit zwischen dem 01.01.1980 und 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten?</li> <li>• Sind Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein

## Einwilligungserklärung (Vollblut/Blutkomponenten/Thrombozyten)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift:

Die wahrheitsgemäße Beantwortung vorstehender Fragen. Der Hb-Bestimmung aus dem Ohr oder der Fingerbeere stimme ich zu und stelle die Blutspende und die Untersuchungsproben der Blutspende Uniklinik Düsseldorf zur Verfügung, erforderlichenfalls auch für wissenschaftliche und pharmazeutische Zwecke und damit verbundener Nachfragen an mich. Mit der Mitteilung abklärungsbedürftiger oder krankhafter Befunde an mich, ggf. durch meinen Hausarzt, bin ich einverstanden. Bei Verdacht auf bestimmte Infektionen erfolgt entsprechend des Infektionsschutzgesetzes eine Meldung an die zuständigen Gesundheitsbehörden.

Ich bin einverstanden und darüber aufgeklärt worden, dass mit der Blutspende eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten auch zu Ehrungszwecken im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durch die Blutspende Uniklinik Düsseldorf erfolgt. Die vertrauliche Behandlung meiner persönlichen Daten, aller Angaben und Testergebnisse wurde mir zugesichert.

Die Blutspende Uniklinik Düsseldorf darf mich über zukünftige Blutspendetermine per Briefpost, auf Wunsch auch per E-Mail informieren und zur Teilnahme einladen. Bei Versorgungsempässen kann diese Kontaktaufnahme auch telefonisch erfolgen. Die Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

- Dass ich den Informationsbogen gelesen und alle Informationen verstanden habe, ebenso wie die Fragen im Fragebogen und meine Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und mit der Speicherung meiner blutspenderelevanten Daten, unter Berücksichtigung des Datenschutzes, einverstanden bin.
- Dass mir bekannt ist, dass unvollständige oder falsche Angaben unter Umständen schwere gesundheitliche Schäden bis hin zum Tod für die Empfänger meines Blutes bedeuten können. Sollte ich Zweifel an meiner Eignung zur Blutspende haben oder bekommen, werde ich mich unverzüglich vertraulich (z.B. auch telefonisch) an die Ärzte der Blutspende wenden. Im Falle einer in den nächsten 4 Monaten auftretenden Erkrankung oder Infektion werde ich mich an die Ärzte der Blutspende wenden. Im Fall von Mißempfindungen während der Spende werde ich mich frühzeitig melden.
- Dass ich einverstanden bin, Vollblut oder Blutkomponenten (z.B. Thrombozyten) zu spenden. Ich bestätige, dass ich über Risiken und Nebenwirkungen ärztlich aufgeklärt wurde. Insbesondere wurde ich über typische Spendereaktionen bis hin zu sehr seltenen Komplikationen aufgeklärt. Sollten nach der Spende Beschwerden auftreten, werde ich mich an die Ärzte der Blutspende wenden. Ich bin darüber informiert, nach der Spende eine 30 minütige Ruhezeit unter Aufsicht einzuhalten und erst danach wieder am Straßenverkehr teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass ich gefahrgeneigte Tätigkeiten am Spendetag nicht ausüben darf. Ich habe alle Fragen verstanden, hatte Gelegenheit alle Unklarheiten im Arztgespräch zu beseitigen und erkläre, dass ich keine weiteren Fragen habe.
- Dass mein Blut den notwendigen Untersuchungen unterzogen wird, inklusive eines HIV-Testes, um die Verwendung als Spende abzuklären und mir bekannt ist, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Meldepflichten eingehalten werden müssen.
- Dass die von mir gespendeten Blutkomponenten im Rahmen der Patientenversorgung des Universitätsklinikums sowie an Dritte zur Verwendung in der Patientenversorgung oder zur Herstellung von Arzneimitteln verwendet werden können.
- Dass das für die Patientenversorgung ungeeignete Blut bzw. Blutbestandteile für gesetzlich vorgeschriebene Qualitätskontrollen, Standardisierungszwecke oder für Referenzbestimmungen bei Laboranalysen verwendet wird.

Hiermit bestätige ich, die **schriftliche Information/Aufklärung** heute erhalten zu haben.

Hiermit bestätige ich, auf die **schriftliche Information/Aufklärung** heute zu verzichten, da ich diese bei einer meiner letzten Spenden bereits erhalten habe.

Hiermit bestätige ich, eine Kopie des **Einwilligungs- und Aufklärungsbogens** heute erhalten zu haben.

Hiermit bestätige ich, auf eine Kopie des **Einwilligungs- und Aufklärungsbogens** heute zu verzichten.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die Forschung mit Blut ist für die Entwicklung neuer Medikamente und für das Verständnis der Entstehung von Krankheiten unverzichtbar. Bestandteile Ihres Blutes, die nicht für die Patientenversorgung eingesetzt werden können, sind daher eine wichtige Grundlage für die medizinische Forschung. Jedes Forschungsvorhaben wird einer unabhängigen Ethikkommission vorgelegt, die die ethische Unbedenklichkeit der Verwendung Ihrer Blutbestandteile prüft.

Wir sichern Ihnen zu, dass aus dem Material, das für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt wird, keine identifizierende Forschung durchgeführt wird, mit der eine Zuordnung zu Ihrer Person möglich ist. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie weitere Fragen haben.

Ich willige ein, dass Teile meines Blutes, die nicht für die Patientenversorgung eingesetzt werden können, für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

ja

nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

RR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm Hg

Puls: \_\_\_\_\_ /min

Hb: \_\_\_\_\_ g

Temp: \_\_\_\_\_ °C

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Kürzel

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nur vom Arzt ausfüllen:**

Spendefähig:  ja  z.Zt. nicht  Dauersperre

Ggf. Untersuchungsbefund \_\_\_\_\_

Rückstellungsgrund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_