

Spendeort:

Datum:

		Temp.: _____ °C	Hb: _____
Blutformel:	irreg. Antikörper	Anzahl der Spenden einschl. heute:	
		anderer DRK- BSD, welcher?	oder BW
		ärztl. Befund:	Gew.: _____ kg
		RR _____ / _____	Puls: _____ /min.
		Spendefähigkeit <input type="checkbox"/>	
		z. Zt. nicht	
		nein	
		Ehrendadeln:	
		Bemerkungen:	
		<u>ausgewiesen durch:</u> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Dienstausweis <input type="checkbox"/>	
		Identitätskontrolle der Spenderin/ des Spenders und Punktion:	Identitätskontrolle der Spenderin/ des Spenders, Aufklärung und Untersuchung:
Pass <input type="checkbox"/> verloren <input type="checkbox"/> unleserlich <input type="checkbox"/> vergessen	Unterschrift Verantwortliche/r	Unterschrift med. Fachkraft	Unterschrift Ärztin/Arzt

Informationen über Hepatitis (Gelbsucht) und HIV (AIDS-Erreger)

Ein erhöhtes Hepatitis- bzw. HIV-Risiko besteht z. B. bei:

Personen, deren Sexualverhalten ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten, wie HBV, HCV oder HIV bergen:

- Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM)*
- heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten, z. B. Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern*
- weibliche und männliche Prostituierte*

Personen, die in den letzten 4 Monaten Sexualkontakt zu Einwohnern aus Afrika südlich der Sahara, Südamerika, der Karibik oder Südostasien hatten*
*und deren Sexualpartner

Einwilligung zur Blutspende: Ich bin mit der Blutentnahme und der Verwendung meines gespendeten Blutes für medizinische, wissenschaftliche und pharmazeutische Zwecke einverstanden. Die Aufklärung „Was Blutspender vor ihrer Spende wissen müssen“ und das Formular „Vertraulicher Selbstauschluss“ habe ich gelesen, verstanden und beachtet. Ich versichere, dass bei mir keiner der genannten Risikofaktoren vorliegt. Da Krankheitserreger durch Blut übertragen werden können, bin ich einverstanden, mein Blut entsprechenden Untersuchungen, insbesondere auf AIDS- und Hepatitis-Viren, zu unterziehen. Für meine Gesundheit bedeutende Befunde, auch aus wissenschaftlichen Untersuchungen, werden mir mitgeteilt. Die Ergebnisse dürfen auch dem Arzt meines Vertrauens übermittelt werden. Ich habe alle Fragen auf der Rückseite wahrheitsgemäß beantwortet. Über Risiken und Nebenwirkungen der Blutspende, wie Bluterguss oder Entzündungen der Einstichstelle, Kreislaufprobleme, Eisenmangel und äußerst seltenen Thrombosen oder Nervenverletzungen durch die Venenpunktion, wurde ich aufgeklärt. Eine dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung ist in Einzelfällen nicht auszuschließen. Mir ist bekannt, dass ich frühestens 30 Minuten nach der Blutspende am Straßenverkehr teilnehmen darf und ggf. gesonderte Einschränkungen in Beruf (z. B. Personentransport) und Freizeit (z. B. Sport) beachten muss.

Datenschutz: Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass mit der Blutspende eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (z. B. Name, Anschrift, Telefon, E-Mail, medizinische Befunde) im Rahmen des Transfusionsgesetzes erfolgt. Mit der Weitergabe meines Namens und meiner Anschrift zur Organisation von Blutspendeterminen und zur Spenderehrung bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass bei Verdacht auf bestimmte Infektionen eine Meldung entsprechend dem Infektionsschutzgesetz an die Gesundheitsbehörden erforderlich ist.

Ich bin über die Blutspende aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

Datum

Unterschrift Spender/in

DRK Blutspendedienst Nord-Ost gemeinnützige GmbH

ZUTREFFENDES bitte ankreuzen!

1.) Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.) Sind Sie jemals als Blutspender zurückgestellt worden oder hat es bei Blutentnahmen Komplikationen gegeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.) Haben Sie in den letzten 8 Wochen Blut, Plasma oder Blutzellen gespendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.) Wiegen Sie mehr als 50 kg ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.) Üben Sie in den nächsten 12 Stunden Tätigkeiten mit erhöhtem Risiko aus (z. B. Personenbeförderung, Sturzgefahr)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.) Hatten Sie in den letzten 7 Tagen einen unkomplizierten Infekt oder waren Sie in zahnärztlicher Behandlung ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Durchfallerkrankung , eine Entzündung , einen fieberhaften Infekt oder Kontakt zu Personen mit ansteckenden Krankheiten (z. B. Masern, Mumps)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.) Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation , auch ambulant, eine Endoskopie (Spiegelung von Magen, Darm o. ä.), eine Katheteranwendung , eine Biopsie oder eine Akupunktur ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.) Erhielten Sie jemals eine Bluttransfusion oder erhielten Sie in den letzten 4 Monaten Plasmaderivate oder Immunglobuline wie z. B. Tetagam, Beriglobin?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.) Ließen Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren, piercen oder ein Ohrloch stechen, haben Sie sich in den letzten 4 Monaten mit einem mit Blut verunreinigten Instrument verletzt (z. B. Nadel) oder hatten Sie Schleimhautkontakt mit Blut (z. B. am Auge)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.) Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Kontakt mit Hepatitis-, HTLV- oder HIV-infizierten oder gehören Sie zu einem Personenkreis mit erhöhtem Infektionsrisiko (Risikoverhalten siehe vertraulicher Selbstausschluss)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen oder erhielten Sie jemals das Aknemittel Tigason oder Neotigason? Für Frauen: Nehmen Sie die Minipille ein? Wenn ja, welche? Wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.) Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft oder erhielten Sie in den letzten 12 Monaten eine Tollwutimpfung oder Serum tierischen Ursprungs? Wenn ja, welche Impfung? Wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.) Sind oder waren Sie alkohol-, medikamenten- bzw. drogenabhängig oder wenden Sie Medikamente missbräuchlich an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.) Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland oder sind bei Ihnen jemals während oder nach einem Auslandsaufenthalt unklare Fieberschübe aufgetreten? Wenn ja, wann? Wo?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16.) Hatten Sie jemals Malaria , sind Sie in einem Malariagebiet geboren oder haben Sie dort gelebt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.) Haben oder hatten Sie jemals eine ansteckende Gelbsucht (Hepatitis)? Wenn ja, wann? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18.) Haben oder hatten Sie eine dieser Krankheiten bzw. Infektionen : Osteomyelitis, Tuberkulose, Toxoplasmose, Typhus/Paratyphus, Rickettsiose (Q-Fieber, Fleckfieber), Rückfallfieber, Babesiose, Brucellose, Lepra, Tularämie, Melioidose, Leishmaniasis, Trypanosomiasis (Chagas), HTLV-, HIV-, HBV-, HCV-Infektion oder Syphilis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.) Sind Sie oder einer Ihrer Blutsverwandten an einer übertragbaren spongiformen Enzephalopathie (TSE) , z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) bzw. Variante der CJK erkrankt oder bestand jemals ein Verdacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.) Haben Sie jemals Hypophysenhormone (z. B. Wachstumshormone), Hornhaut-, Hirnhaut- oder andere Transplantate bzw. Gewebe menschlichen oder tierischen Ursprungs erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21.) Haben Sie sich in den Jahren 1980 bis 1996 insgesamt mehr als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten, wurden Sie dort seit dem 01.01.1980 bis heute operiert oder erhielten Sie dort jemals Blut oder Blutbestandteile ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22.) Haben oder hatten Sie Herz-, Gefäß- oder Kreislaufkrankheiten (z. B. Bluthochdruck) oder Erkrankungen von Blut-, Lymphsystem, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Nieren, Magen-Darm-, Nervensystem oder Haut bzw. Epilepsie, Rheumatisches Fieber, Zuckerkrankheit (Diabetes), Tumorerkrankung (Krebs), leiden oder litten Sie an einer behandlungsbedürftigen Allergie bzw. Autoimmunerkrankung oder an einer Geschlechterkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.) Für Frauen: Bestand jemals eine Schwangerschaft , sind Sie schwanger oder stillen Sie? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Unterschrift Arzt/Ärztin _____