



1.) Fühlen Sie sich <b>krank</b> oder sind Sie <b>krankgeschrieben</b> ?	<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 <b>8 Wochen Blut, Plasma oder Blutzellen</b> gespendet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.) Wiegen Sie mehr als <b>50 kg</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.) Üben Sie in den nächsten 12 Stunden <b>Tätigkeiten mit erhöhtem Risiko</b> aus (z. B. Personenbeförderung, Sturzgefahr)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.) Hatten Sie in der letzten Woche einen <b>unkomplizierten Infekt</b> oder waren Sie in <b>zahnärztlicher Behandlung</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine <b>Durchfallerkrankung</b> , eine <b>Entzündung</b> , einen <b>fieberhaften Infekt</b> oder <b>Kontakt zu Personen mit ansteckenden Krankheiten</b> (z. B. Masern, Mumps)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.) Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine <b>Operation</b> , auch ambulant, eine <b>Endoskopie</b> (Spiegelung von Magen, Darm o. ä.), eine <b>Katheteranwendung</b> , eine <b>Biopsie</b> oder eine <b>Akupunktur</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.) Erhielten Sie jemals eine <b>Bluttransfusion</b> oder erhielten Sie in den letzten 4 Monaten <b>Plasmaderivate</b> oder <b>Immunglobuline</b> wie z. B. Tetagam, Beriglobin?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.) Ließen Sie sich in den letzten 4 Monaten <b>tätowieren, piercen</b> oder ein Ohrloch stechen, haben Sie sich in den letzten 4 Monaten mit einem mit <b>Blut verunreinigten Instrument verletzt</b> (z. B. Nadel) oder hatten Sie <b>Schleimhautkontakt</b> mit Blut (z. B. am Auge)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.) Hatten Sie in den letzten 4 Monaten <b>Kontakt mit Hepatitis-, HTLV- oder HIV-Infizierten</b> 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 <b>Medikamente</b> eingenommen oder erhielten Sie jemals das Aknemittel Tigason oder Neotigason? Für Frauen: Nehmen Sie die Minipille ein? Wenn ja, welche? <span style="float: right;">Wann zuletzt?</span>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.) Wurden Sie in den letzten 4 Wochen <b>geimpft</b> oder erhielten Sie in den letzten 12 Monaten eine <b>Tollwutimpfung</b> oder <b>Serum</b> tierischen Ursprungs? Wenn ja, welche Impfung? <span style="float: right;">Wann?</span>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14.) Sind oder waren Sie <b>alkohol-, medikamenten- bzw. drogenabhängig</b> oder wurden Sie <b>Medikamente missbräuchlich</b> an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15.) Waren Sie in den letzten 6 Monaten im <b>Ausland</b> oder sind bei Ihnen jemals während oder nach einem Auslandsaufenthalt unklare <b>Fieberschübe</b> aufgetreten? Wenn ja, wann? <span style="float: right;">Wo?</span>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.) Hatten Sie jemals <b>Malaria</b> , sind Sie in einem <b>Malariagebiet</b> geboren oder haben Sie dort gelebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17.) Haben oder hatten Sie jemals eine <b>ansteckende Gelbsucht</b> (Hepatitis)? Wenn ja, wann? <span style="float: right;">Welche?</span>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18.) Haben oder hatten Sie eine dieser <b>Krankheiten bzw. Infektionen</b> : Osteomyelitis, Tuberkulose, Toxoplasmose, Typhus/Paratyphus, Rickettsiose (Q-Fieber, Fleckfieber), Rückfallfieber, Babesiose, Brucellose, Leptra, 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 <b>Enzephalopathie (TSE)</b> (z. B. <b>Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)</b> bzw. <b>Variante der CJK</b> ) erkrankt oder bestand jemals ein Verdacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20.) Haben Sie jemals <b>Hypophysenhormone</b> (z. B. Wachstumshormone), <b>Hornhaut-, Hirnhaut-</b> oder andere <b>Transplantate bzw. Gewebe</b> 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 <b>Großbritannien und Nordirland</b> aufgehalten, wurden Sie dort seit dem 01.01.1980 bis heute <b>operiert</b> oder erhielten Sie dort jemals <b>Blut oder Blutbestandteile</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22.) Haben oder hatten Sie <b>Herz-, Gefäß- oder Kreislaufkrankheiten</b> (z. B. Bluthochdruck) oder <b>Erkrankungen</b> 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 <b>jemals</b> eine <b>Schwangerschaft</b> , sind Sie <b>schwanger</b> oder <b>stillen</b> Sie? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein