

Geschlecht: m w

Tel.-Nr.: P: _____

D: _____

H: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Adressänderung Pass schicken Wunschspendeort: _____

Konservennummer
bzw.
Rückstellnummer

Einwilligung zur Blutspende

Ich bin mit einer Blutspende und ihrer Verwendung für medizinische, wissenschaftliche und pharmazeutische Zwecke einverstanden. Die Aufklärung und das vertrauliche Selbstauschlussformular zu Infektionsrisiken für den Blutempfänger habe ich gelesen, verstanden und beachtet. Ich versichere, dass bei mir keiner der genannten Risikofaktoren vorliegt und ich keiner dieser Risikogruppen angehöre. Da Krankheitserreger durch Blut übertragen werden können bin ich einverstanden, mein Blut entsprechenden Untersuchungen, insbesondere auf AIDS und Hepatitis, zu unterziehen. Für meine Gesundheit bedeutsame 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 wahrheitsgetreu, nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Über Risiken und Nebenwirkungen der Blutspende, wie Bluterguss oder Entzündungen der Einstichstelle, Kreislaufprobleme, Eisenmangel und äußerst seltenen Gerinnungsstörungen 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 ich ggf. gesonderte Einschränkungen im Beruf (z.B. Personentransport, Piloten) und in meiner Freizeit 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. Bei Verdacht auf bestimmte Infektionen erfolgt entsprechend dem Infektionsschutzgesetz eine Meldung an die Gesundheitsbehörden.

Ich gebe meine Einwilligung zur Weitergabe meines Namens, meiner Anschrift und meiner medizinischen Daten an die zuständigen Stellen, soweit sie zur Organisation von Spenderehrungen sowie zur Erstellung eines elektronischen Spenderausweises (RFID) erforderlich ist.



Ich bin einverstanden per Brief, E-Mail oder telefonisch zu zukünftigen Blutspendeterminen eingeladen zu werden.
Ich nehme am Gesundheitscheckprogramm teil.

- ja / nein***
 ja / nein***
 ja / nein***

Ich bin über die Blutspende aufgeklärt, habe keine weiteren

Fragen und willige in die Fortsetzung des Spendeprozesses ein.

Unterschrift des Spenders mit Vor- und Familiennamen

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|---|---|---|--|
| Ärztliche und Laboruntersuchung: | | Signum Laborant*: | | Ärztlicher Kommentar: | | Herstellungshinweis | |
| RR*: | / mmHg | Identitätskontrolle*: | <input type="checkbox"/> ja | DEN neg. / pos. | |  | |
| Puls*: | min ⁻¹ | Körpertemperatur*: | °C | | | | |
| spendefähig: | <input type="checkbox"/> ja | Hb-Wert*: | g/dl | Unterschrift Arzt / Ärztin | | Diagnostikhinweis | |
| Immunisierungsanamnese | <input type="checkbox"/> ja | Aufklärungsgespräch: | <input type="checkbox"/> ja | | |  | |
| Rückstellung: | <input type="checkbox"/> ja | Identitätskontrolle: | <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Laboruntersuchung: | <input type="checkbox"/> ja | wegen / bis: | | | | | |
| Eisenpräparat gegeben: | <input type="checkbox"/> ja | | | | | Herstellungshinweis Herstellungshinweis Herstellungshinweis | |
| Aufnahme * | | Vorbereitung* | | Entnahme, Abnahme ** | | Spenderzwischenfall | |
| Identitätskontrolle: | <input type="checkbox"/> ja | Identitätskontrolle: | <input type="checkbox"/> ja | Identitätskontrolle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | |
| Personalausweis | <input type="checkbox"/> ja | | | Kontrolle Entnahmesystem / Röhrchen | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Reisepass/Führerschein | <input type="checkbox"/> ja | | | Desinfektion und Punktion ordnungsgemäß | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Spenderpass | <input type="checkbox"/> ja | | | Venenpunktion | <input type="checkbox"/> li. / <input type="checkbox"/> re. | | |
| Signum*: | | Signum**: | | Signum**: | | Signum: | |

* Wird nur ausgefüllt, wenn die unmittelbare Eingabe ins EDV-System nicht möglich ist!

** Wird nur bei Ausfall der EDV / MobDV ausgefüllt,

*** Wird nichts angekreuzt, so bleibt der alte Stand gültig.

| | |
|---|---|
| 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 der letzten Woche 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? <input type="text"/> Wann zuletzt? <input type="text"/> | <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? <input type="text"/> Wann? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 14.) Sind oder waren Sie alkohol-, medikamenten- bzw. drogenabhängig oder wurden 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? <input type="text"/> Wo? <input type="text"/> | <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? <input type="text"/> Welche? <input type="text"/> | <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, 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 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="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |