

Name Hausärztin/Hausarzt
 Anschrift der Praxis:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

	Ja	Nein	
Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben? Hatten Sie in den letzten 7 Tagen einen unkomplizierten Infekt (z.B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt) ohne Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine fieberhafte Infektionskrankheit oder Kontakt mit Infektionskrankheiten (Masern, Mumps, COVID19/"Corona" usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02
Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen (auch Aspirin/ASS, Mittel gegen Bluthochdruck oder andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04
Nahmen Sie jemals Roaccutan®, Tigason® oder Neo-Tigason® ein? Erhielten Sie Horn- oder Hirnhauttransplantate, tierische Frischzellen oder Tiergewebstransplantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05
Wurden Sie jemals mit menschlichen Hypophysenhormonen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06
Waren Sie in den letzten 6 Monaten außerhalb Deutschlands? Wo und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten Serum/Immunglobuline tierischen Ursprungs (z.B. Tollwutimpfung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08
Spenden Sie auch in anderen Spende-Einrichtungen außerhalb des Bayer. Roten Kreuzes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
Erhielten Sie in den letzten 24 Monaten Blut oder Blutbestandteile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Spiegelung oder Operation, eine Verletzung/Unfall oder Blutkontakt (z.B. Nadelstich, Schleimhautkontakt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben/hatten Sie eine ansteckende Leberentzündung (infektiöse Hepatitis), z.B. Hepatitis A, B, C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Hatten Sie in den letzten 4 Monaten engen Kontakt (z.B. häusliche Lebensgemeinschaft) mit dem Risiko einer Infektion mit Hepatitisviren (HBV, HCV, HAV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Hatten Sie eine aktive Tuberkulose, Toxoplasmose, Osteomyelitis, Syphilis, Gonorrhoe oder Q-Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Haben oder hatten Sie Magen- und Darmerkrankungen? Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
Haben/ Hatten Sie Babesiose, Trypanosomiasis (z.B. Chagas-Krankheit), Leishmaniasis Brucellose, Fleckfieber und anderen Rickettsiosen, Lepra, Rückfallfieber, Melioidose oder Tularämie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Haben Sie sich ohne Unterbrechung länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufgehalten? Sind Sie dort geboren oder aufgewachsen? Waren/Sind Sie an Malaria erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Sind Sie Ausscheider von Typhus, Paratyphus oder anderen Salmonellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Wurde in den letzten 4 Monaten bei Ihnen eine Tätowierung, Akupunktur oder body piercing durchgeführt? Wurde in den letzten 4 Monaten bei Ihnen das Ohrläppchen durchgestochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
Hatten Sie gestern/heute eine professionelle Zahnreinigung, bzw. in den letzten 7 Tagen eine zahnärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Haben/hatten Sie eine Blutkrankheit, Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
Haben/hatten Sie Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Schlaganfall), psychische Krankheiten, wiederholte Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Haben/hatten Sie eine Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Ist bei Ihnen oder in der Familie die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder eine Variante der CJD aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22

Wer durch wesentlich falsche Angaben erreicht, zur Blutspende zugelassen zu werden, z.B. durch Verschweigen der Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (s. Frage 54/56) und dadurch einen Dritten mit dem AIDS-auslösenden Virus, oder dem Hepatitis B- oder Hepatitis-C Virus infiziert, kann gegebenenfalls strafrechtlich verfolgt werden.

Ich habe alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet und die Information zum „Informations- und Einwilligungsschreiben Vollblutspende“ über Wesen, Bedeutung, Durchführung der Blutspende, mögliche Spendereaktionen und Risiken der Bluttransfusion erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde über die mit der Vorstellung zur Spendenentnahme verbundene Datenverarbeitung aufgeklärt. Ich hatte Gelegenheit im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs Fragen zu stellen.

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich einverstanden mit einer Blutspende für eine Blutkonserve und der Durchführung aller notwendigen Untersuchungen, einschließlich solcher die der Förderung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf dem Gebiet des Gesundheitswesens dienen; ggf. Nachuntersuchungen, mit der Mitteilung etwaiger vom Normalen abweichender Befunde an die von mir genannte hausärztliche Praxis. Die Angabe der Praxis ist freiwillig. Sie ermöglicht aber im Falle eines auffälligen Befundes die zeitnahe Übermittlung der Befundergebnisse an die hausärztliche Praxis. Möchten Sie diese Praxis nicht angeben, lassen Sie das Feld frei oder streichen den ggf. bereits angegebenen Namen nachträglich durch.

Ich verzichte auf die Aushändigung einer Kopie der Aufklärungsunterlagen. (Auf explizite Nachfrage erhalten Sie an der Registratur die Aufklärungstexte zum Mitnehmen.)

	Ja	Nein		
Haben/hatten Sie:	Venenentzündung, Gefäßkrankheiten, Thrombose, Embolie oder Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
	ein chronisches Nierenleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
	Herzbeschwerden/-erkrankung/-infarkt, Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
	Lungenkrankheit, Asthma, unklarer Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
	allergische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
	Rheumatisches Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
	Ausgedehnte Hautkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
	eine Lymphknotenschwellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Medikamente zur Vorbeugung einer HIV-Infektion (PrEP) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
Hielten Sie sich in der Zeit vom 01.01.1980 bis 31.12.1996 länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67	
Sind Sie nach dem 01.01.1980 im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland operiert worden oder haben Sie dort eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie schon einmal Drogen oder nicht ärztlich verordnete Präparate gespritzt oder geschnupft? Sind Sie alkoholkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	
Waren Sie in den letzten 4 Monaten in Haft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56	
Hatten sie innerhalb der letzten 4 Monate Sexualverkehr für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten haben? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	
Hatten sie innerhalb der letzten 4 Monate Sexualverkehr mit insgesamt mehr als zwei Personen, Analverkehr mit einer neuen Person oder Analverkehr mit mehr als einer Person? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	
Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56	
Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr - für den Sie mit Geld oder anderen Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben? - mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wurde bei Ihnen jemals eine Infektion mit HIV-1 oder HIV-2 (AIDS) oder HTLV-1 oder HTLV-2 nachgewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	
Nur für Frauen:				
Waren Sie jemals schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	
Waren Sie in den letzten 24 Monaten schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Unterschrift Blutspender/Blutspenderin:

Folgende Fragen zusammen mit der ärztlichen Person dokumentieren:

Erstspender/Erstspenderin:

Ich habe eine ärztliche Aufklärung erhalten.

Mehrfachspender/Mehrfachspenderin:

Meine Fragen zur „Information zur Aufklärung und Einwilligung für Blutspender“ wurden mir beantwortet.

Von ärztlicher Person auszufüllen: Sollten eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet und trotzdem eine Spende möglich sein, so muss jedes „Ja“ hier mit einer Kurzbegründung berichtigt und die Untersuchung ggf. erweitert werden.

TK verwendbar:

Nicht für Therapieplasma: