

Name des Hausarztes, Anschrift der Praxis:

	Ja	Nein	
Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine fieberhafte Infektionskrankheit oder Kontakt mit Infektionskrankheiten (Masern, Mumps, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02
Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente (auch Vitaminpräparate, insbesondere Biotin)? Welche?	<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? Waren Sie in den letzten 4 Wochen 2 Tage in Folge außerhalb Bayerns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07
Vom Arzt auszufüllen: West-Nil-Virus-Exposition innerhalb der letzten 4 Wochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Sie in den letzten 3 Monaten geimpft? Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten Serum/Immunglobuline tierischen Ursprungs (z.B. Tollwutimpfung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08
Hatten Sie in den letzten 7 Tagen einen unkomplizierten Infekt (z.B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt) ohne Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01
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
Waren/Sind Sie an Malaria erkrankt? Haben Sie sich ohne Unterbrechung länger als 6 Monate außerhalb Europas aufgehalten? Sind Sie dort geboren oder aufgewachsen?	<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 wissenschaftlich falsche Angaben erreicht, zur Blutspende zugelassen zu werden, z.B. durch Verschweigen der Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (s. Frage 54/55) 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 zur „Aufklärung und zur Einwilligung für Blutspender“ über Wesen, Bedeutung, Durchführung der Blutspende, mögliche Spenderreaktionen und Risiken der Blutprodukte für den Empfänger erhalten, gelesen und verstanden. Weiter wurde ich über die mit der Vorstellung zur Spendenentnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten aufgeklärt. Ich hatte Gelegenheit im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs Fragen zu stellen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich einverstanden mit einer Blutspende für eine Blutkonserven- und der Durchführung aller notwendigen Untersuchungen, einschließlich solcher die der Förderung von wissenschaftlichen Erkenntnissen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens dienen; ggf. Nachuntersuchungen, mit der Mitteilung etwaiger vom Normalen abweichender Befunde an den von mir genannten Hausarzt. Die Angabe des Hausarztes ist freiwillig. Sie ermöglicht im Falle eines auffälligen Befundes die zeitnahe Übermittlung der Befundergebnisse an Ihren Hausarzt. Möchten Sie den Hausarzt nicht angeben, lassen Sie das Feld frei oder streichen den ggf. bereits angegebenen Namen nachträglich durch. Ich verzichte auf die Aushändigung der Aufklärungsunterlagen.

	Ja	Nein	
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
Herpesinfektion in den letzten 4 Wochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
eine Lymphknotenschwellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
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"/>	
Nehmen/nahmen Sie Drogen oder andere Suchtmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Hatten sie innerhalb der letzten 12 Monate Sexualverkehr mit mehr als 3 Partnern? Wenn ja, wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
- Hatten Sie jemals 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 als Mann schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann? Wenn ja, wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr - mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist? - mit einer Person, die außerhalb Europas geboren ist? - für den Sie mit Geld oder anderen Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben? - als Frau mit einem bisexuellen Mann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
Waren Sie in den letzten 4 Monaten in Haft?	<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 des Blutspenders:

Diese Fragen erst beim Arzt beantworten:

Erstspender: Ich habe eine ärztliche Aufklärung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mehrfachspender: Meine Fragen zur „Information zur Aufklärung und Einwilligung für Blutspender“ wurden mir beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vom Arzt auszufüllen: Sollte der Spender eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet haben und trotzdem spenden können, so muss jedes „Ja“ hier mit einer Kurzbegründung berichtet werden, ggf. die Untersuchung erweitert werden, z.B. Mundinspektion etc.

TK verwendbar:

Nicht für Pädiatrie: