BA 11

Feld für Ersatz-Konservennummer

Mit Konservennummer überkleben

Ersatzpass ☐ Wiederholungsspender ☐ Adressänderung ☐ Anzahl Spenden ☐☐☐ ☐

männlich ☐ weiblich ☐ Namensänderung ☐ Spenderehrung ☐☐☐

Bitte nur bei Erstspende, Namens- und/oder Adressänderung mit GROßBUCHSTABEN ausfüllen (bitte Ä, Ö, Ü sowie ß schreiben)

Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J	Telefonnummer (opt.)	
Familienname										
Vorname										
Geburtsname										
Straße u. Hs.-Nr.										
Ortsteil										
LKZ			PLZ						Ort	

* B A 1 1 V 0 1 *

ABO RH-D POS/NEG

Kontrolle Lichtbildausweis:

66 ☐ OK ☐ nicht OK

Signum

Ärztlicher Befund

60 RR ☐☐☐ / ☐☐☐ 61 Puls/Min ☐☐☐ 62 Temperatur ☐☐☐ 63 Arminsp. ☐

64 Gew. ☐☐☐ kg 65 Datum letzte Blutspende ☐☐ ☐☐ ☐☐ Spendefähig? ja ☐

Zeit/Dauer ☐☐ Monate Sperrgrund ☐☐ Schlüssel Spendefähig? nein ☐

Begründung der Sperre/Bemerkungen

Unterschrift Arzt

Besondere Vorkommnisse

Hämatom ☐ Nachblutung ☐ Kollaps ☐ RR ☐☐☐ / ☐☐☐ Puls/Min ☐☐☐

Unterschrift Arzt

FNA ☐ keine Punktion ☐ KonsNr. nicht verwendbar ☐ Venüle ☐ unsteril ☐

Signum

☐☐☐ Hämoglobin

☐ nicht ausreichend

Signum Labor

Signum Etikett

Signum Nummern-vergleich/Pers.-ID

1. Punktion

2. Punktion

Signum Punktion

Signum Abnahme

Datum Entnahmeort

012345

V.Nr.1.32/00380 03/2021 SOP: HVE 023-G

Vom Spender auszufüllen! Bitte Zutreffendes ankreuzen. **Ihr Gewicht in kg:** ☐☐☐ **Größe in cm:** ☐☐☐ 012345

Name des Hausarztes, Anschrift der Praxis:

	Ja	Nein	
Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben?	☐	☐	01
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine fieberhafte Infektionskrankheit oder Kontakt mit Infektionskrankheiten (Masern, Mumps, usw.)?	☐	☐	02
Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente (auch Vitaminpräparate, insbesondere Biotin)? Welche?	☐	☐	04
Nahmen Sie jemals Roaccutan©, Tigason© oder Neo-Tigason© ein? Erhielten Sie Horn- oder Hirnhauttransplantate, tierische Frischzellen oder Tiergewebstransplantate?	☐	☐	05
Wurden Sie jemals mit menschlichen Hypophysenhormonen behandelt?	☐	☐	06
Waren Sie in den letzten 6 Monaten außerhalb Deutschlands? Wo und wann?	☐	☐	07
Wurden Sie in den letzten 3 Monaten geimpft? Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten Serum/Immunglobuline tierischen Ursprungs (z.B.Tollwutimpfung)?	☐	☐	08
Hatten Sie in den letzten 7 Tagen einen unkomplizierten Infekt (z.B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt) ohne Fieber?	☐	☐	01
Erhielten Sie in den letzten 24 Monaten Blut oder Blutbestandteile?	☐	☐	09
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Spiegelung oder Operation, eine Verletzung/Unfall oder Blutkontakt (z.B. Nadelstich, Schleimhautkontakt)?	☐	☐	
Haben/hatten Sie eine ansteckende Leberentzündung (infektiöse Hepatitis), z.B. Hepatitis A, B, C?	☐	☐	10
Hatten Sie in den letzten 4 Monaten engen Kontakt (z.B. häusliche Lebensgemeinschaft) mit dem Risiko einer Infektion mit Hepatitisviren (HBV, HCV, HAV)?	☐	☐	11
Hatten Sie eine aktive Tuberkulose, Toxoplasmose, Osteomyelitis, Syphilis, Gonorrhoe oder Q-Fieber?	☐	☐	12
Haben oder hatten Sie Magen- und Darmerkrankungen? Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall?	☐	☐	43
Haben/ Hatten Sie Babesiose, Trypanosomiasis (z.B. Chagas-Krankheit), Leishmaniasis Brucellose, Fleckfieber und anderen Rickettsiosen, Lepra, Rückfallfieber, Melioidose oder Tularämie?	☐	☐	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?	☐	☐	14
Sind Sie Ausscheider von Typhus, Paratyphus oder anderen Salmonellen?	☐	☐	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 durchstochen?	☐	☐	16
Hatten Sie gestern/heute eine professionelle Zahnreinigung, bzw. in den letzten 7 Tagen eine zahnärztliche Behandlung?	☐	☐	17
Haben/hatten Sie eine Blutkrankheit, Krebs?	☐	☐	18
Haben/hatten Sie Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Schlaganfall), psychische Krankheiten, wiederholte Ohnmachtsanfälle?	☐	☐	19
Haben/hatten Sie eine Lebererkrankung?	☐	☐	20
Ist bei Ihnen oder in der Familie die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder eine Variante der CJD aufgetreten?	☐	☐	22

Wer durch wissentlich 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 Aufklärungsgespräches 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 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.

Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes
Herzog-Heinrich-Str. 2
80336 München

		Ja	Nein	
Haben/hatten Sie:	Venenentzündung, Gefäßkrankheiten, Thrombose, Embolie oder Blutungsneigung?	☐	☐	21
	Zuckerkrankheit?	☐	☐	25
	ein chronisches Nierenleiden?	☐	☐	26
	Herzbeschwerden/-erkrankung/-infarkt, Atemnot?	☐	☐	33
	Lungenkrankheit, Asthma, unklarer Husten?	☐	☐	34
	allergische Beschwerden?	☐	☐	35
	Rheumatisches Fieber?	☐	☐	36
	Ausgedehnte Hautkrankheiten?	☐	☐	37
	Herpesinfektion in den letzten 4 Wochen?	☐	☐	38
	eine Lymphknotenschwellung?	☐	☐	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?		☐	☐	67
Sind Sie nach dem 01.01.1980 im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland operiert worden oder haben Sie dort eine Bluttransfusion erhalten?		☐	☐	
Nehmen/nahmen Sie Drogen oder andere Suchtmittel?		☐	☐	29
Hatten sie innerhalb der letzten 12 Monate Sexualverkehr mit **mehr als 3** Partnern? Wenn ja, wann zuletzt? _____		☐	☐	54
Hatten Sie **jemals** Sexualverkehr für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten haben? Wenn ja, wann zuletzt? _____		☐	☐	54
Hatten Sie **als Mann** schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann? Wenn ja, wann zuletzt? _____		☐	☐	54
Als Frau** antworten Sie hier bitte mit **Nein				
Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr mit einer Person, die außerhalb Europas geboren ist?		☐	☐	56
Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr - mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist? - für den Sie mit Geld oder anderen Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben? - **als Frau** mit einem bisexuellen Mann?				
Waren Sie in den letzten 4 Monaten in Haft?				
Wurde bei Ihnen jemals eine Infektion mit HIV-1 oder HIV-2 (AIDS) oder HTLV-1 oder HTLV-2 nachgewiesen?		☐	☐	32
Nur für Frauen:				23
Waren Sie jemals schwanger?		☐	☐	
Waren Sie in den letzten 24 Monaten schwanger oder stillen Sie?		☐	☐	

Unterschrift des Blutspenders:

Diese Fragen erst beim Arzt beantworten:

Erstspender: Ich habe eine ärztliche Aufklärung erhalten.	☐	☐	
Mehrfachspender: Meine Fragen zur „Information zur Aufklärung und Einwilligung für Blutspender" wurden mir beantwortet.	☐	☐	

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 berichtigt werden, ggf. die Untersuchung erweitert werden, **z.b. Mundinspektion etc.**

TK verwendbar: ☐ **Nicht für Pädiatrie:** ☐

Anamnese überprüft: Unterschrift Arzt