

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum (dd/mm/yyyy) **m w d**

Straße/Ort _____ Gewicht (kg) _____ Größe (cm) _____ Geschlecht _____

Telefon privat _____ Mobil-/Telefon dienstlich _____ E-Mail _____

Identität durch Vorlage eines gültigen Dokumentes (Personalausweis, Reisepass, Blutspenderausweis) gesichert:

Unterschrift aufnehmender Mitarbeiter

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

ja nein

1. Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben?
2. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen
 - einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z.B. Erkältung? Harnwegsinfekt?)
 - eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung?
3. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen
 - Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?
4. Waren Sie in den letzten 4 Monaten in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung oder im Krankenhaus?
5. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?
 - Herz- oder Gefäßerkrankung (z.B. Thrombose, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall)?
 - Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie)?
 - Wiederholte Ohnmachtsanfälle?
 - Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z.B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm?
 - Chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, Alkoholkrankheit?
 - Tumor (z.B. Krebs)?
6. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut oder Plasma spenden dürfen?
- Hat es bei einer früheren Spende Komplikationen gegeben?
- Spenden Sie auch in anderen Spende-Einrichtungen?
7. Werden Sie in den nächsten 12 Stunden Tätigkeiten in Beruf oder Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)?
8. **Nur für Frauen**
 - Sind Sie schwanger oder stillen Sie?
 - Waren Sie jemals schwanger?

Wenn ja, wann zuletzt?

Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können

9. Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit extrem gefährlichen Krankheitserregern (z.B. Ebolavirus) gearbeitet oder sind Sie damit anderweitig in Kontakt gekommen?
10. Wurde bei Ihnen jemals
 - eine Leberentzündung (Gelbsucht), z.B. Hepatitis festgestellt?
 - eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?
11. • Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur?
- Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren lassen oder einer anderen Maßnahme unterzogen, die Haut oder Schleimhaut verletzt wie Piercing, Ohrlochstechen, permanentes Make-up, Body Modification?
12. Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?
13. Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z.B. Injektionsnadel)?
14. Haben Sie jemals eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten?

Wenn ja, wann zuletzt?

15. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung) oder eine Katheteranwendung?

16. Über den Sexualverkehr können Infektionen, wie z.B. HIV oder Hepatitis, übertragen werden. Direkt nach der Ansteckung mit HIV und/oder Hepatitis kann ein Spender ohne es zu wissen infiziert sein und durch sein Blut den Empfänger der Spende anstecken. Leider können Labortests eine Infektion zum Teil erst bis zu 4 Monate nach der Ansteckung nachweisen. Daher schützen Sie mit Ihrer ehrlichen Antwort die Empfänger Ihrer Spende.

Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr

- mit insgesamt mehr als zwei Personen, Analverkehr mit einer neuen Person oder Analverkehr mit mehr als einer Person. . .
 - für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben?
 - mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist?
 - mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat?
- Haben Sie in den letzten 4 Monaten eine medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingenommen?

17. Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt oder geschnupft?

18. Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?

19. Haben Sie jemals Spritzen erhalten, die nicht ärztlich verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate, Botox)?

20. • Haben Sie jemals Frischzellen, bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten?

- Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden?
- Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?

21. Sind Sie im Ausland geboren?

Wenn ja, wo?

- Haben Sie länger als 6 Monate im Ausland gelebt?

Wenn ja, wo? _____ wann?

- Waren Sie in den letzten 6 Monaten kurzfristig im Ausland?

Wenn ja, wo?

22. Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?

23. Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis , Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber, Toxoplasmose?

24. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden seltenen Erkrankungen festgestellt: Chagas-Krankheit, Trypanosomiasis Brucellose, Babesiose, Leishmaniose, Lepra, Melioidose, Rückfallfieber, Hasenpest (Tularämie), Fleckfieber oder andere Rickettsiosen?

Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut

25. Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen Tabletten o.a. Medikamente eingenommen, wie z.B. Antibiotika, Schmerzmittel (auch Aspirin, ASS), Mittel gegen Bluthochdruck oder andere?

Wenn ja, welche?

26. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Tabletten zur Behandlung von schweren Formen von Hautekzem, Schuppenflechte oder Akne eingenommen (z.B. Toctino®, Neo-Tigason®, Aknenormin?

27. Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft?

Wenn ja gegen welche Erkrankung?

Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen

28. Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder eine ähnliche Erkrankung festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?

29. • Wurden Sie vor 1996 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse behandelt z.B. wegen Wachstumsstörungen, Endometriose, Kinderwunsch?

- Haben Sie jemals Hornhaut - , Hirnhaut - oder andere Transplantate erhalten?

30. • Haben Sie sich in der Zeit zwischen dem 1.1.1980 und 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten?

- Sind Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 1.1.1980 operiert worden oder haben Sie dort Blutübertragungen (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten?

| | | | | |
|----------------|---------------------|--|----|------|
| Entnahmeset OK | Hdz. Mitarbeiter/in | Fragebogen OK | ja | nein |
| Kommentar: | | Hdz. Mitarbeiter/-in Blutspendezentrum | | |

Name

Vorname

Geburtsdatum

Spendereinwilligungserklärung

- Die Fragen des Aufnahmebogens habe ich verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet. Ich bin mit der orientierenden körperlichen Untersuchung sowie den vorgeschriebenen Laboruntersuchungen meines Blutes einschließlich des HIV-Tests einverstanden. Mir ist bekannt, dass eine Blutprobe für evtl. erforderliche Nachuntersuchungen über maximal 10 Jahre aufbewahrt wird.
- Ich stimme der Erfassung, Bearbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Daten durch Mitarbeiter des UKSH an den Standorten Kiel und Lübeck unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben (BDSG; europ. DSGVO) und über den gesetzlich (TFG, AMG, AMWHV) vorgeschriebenen Zeitraum von mind. 15 bis max. 30 Jahren zu. Hinweis: Mitarbeiter der EDV-Abteilungen des UKSH und der Spendersoftware-Firma IMP sind datenschutzrechtlich verpflichtet worden.
- Mir ist bewusst, dass unvollständige oder falsche Angaben unter Umständen schwere gesundheitliche Risiken oder den Tod für die Empfänger meines Blutes bedeuten können, und dass ich für den Schaden, der durch vorsätzliches oder fahrlässiges Verschweigen entsteht, verantwortlich bin. Blutspender können auch ohne Angabe von Gründen als Spender ausgeschlossen werden.
- Die „**Informationen zur Blutspende**“ und die „**AIDS- und Hepatitis-Informationen für Blutspender**“ einschließlich der ergänzenden Informationen zur möglichen Weiterverwendung nicht benötigter Teile meiner Blutspende/Blutproben für Forschungsvorhaben am UKSH habe ich gelesen und verstanden.
- Es ist mir kein Grund bekannt, der mich als Blutspender ausschließt.
- Über mögliche Nebenwirkungen/Risiken einer Blutspende und deren Folgen (Bluterguss, Venen- und Nervenverletzung durch die Punktion sowie Kreislaufreaktionen während bzw. nach der Spende) bin ich aufgeklärt worden. Ich habe in dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt Gelegenheit gehabt, Fragen zu stellen und diese wurden zufriedenstellend beantwortet.
- Sollte ich irgendwelche Zweifel an meiner Eignung als Blutspender haben oder bekommen, werde ich mich unverzüglich vertraulich an eine Ärztin oder einen Arzt des Blutspendezentrums in Kiel oder Lübeck wenden. Ich werde das Blutspendezentrum ebenfalls sofort benachrichtigen, wenn innerhalb der ersten 8 Tage nach der Blutspende eine Erkrankung, insbesondere eine Infektion mit Fieber oder Durchfall, auftritt.
- Meistens sind die Ergebnisse, die das Institut für Transfusionsmedizin (ITM) im Rahmen der vorgeschriebenen Untersuchungen erhält völlig normal und die gespendeten Blutprodukte können dann für Patienten bereitgestellt werden. Manchmal gibt es aber grenzwertige Laborergebnisse, auch falsch positive Werte, die aufgrund der sehr sensitiven Testverfahren auftreten. Sehr selten gibt es Hinweise auf eine Erkrankung des Blutspenders, die zu einer Vernichtung der Blutprodukte führen. Wegen der gesetzlichen Auflagen muss das ITM bei fraglichen oder positiven Befunden mit dem Blutspender in Kontakt treten (üblicherweise schriftlich), ein Arztgespräch führen, ggf. eine Folgeuntersuchung durchführen. Ich erkläre mich daher bereit, notwendige Kontrolluntersuchungen meines Blutes auch zu einem späteren Zeitpunkt vornehmen zu lassen.
- Ich werde hiermit darüber informiert, dass auffällige infektionsserologische Befunde ggf. an das zuständige Gesundheitsamt (gemäß Infektionsgesetz) und/oder an das Paul-Ehrlich-Institut (gemäß Arzneimittelgesetz) gemeldet werden müssen.
- Ich bin damit einverstanden, dass nicht mehr benötigte Blutproben pseudonymisiert für die Patientendiagnostik, Qualitätskontrolluntersuchungen und/oder zur Standardisierung von Tests verwendet werden können.
- Ich bin mit der Durchführung einer Blutspende einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich zu jedem Zeitpunkt des Spendeablaufes Fragen stellen und von der Spende Abstand nehmen kann. Dieser Entschluss bleibt in jedem Fall ohne Folgen für meine Person. Die Einwilligung zur Spende erfolgt somit freiwillig und ist jederzeit widerrufbar.

Ort/Datum/Unterschrift des Spenders

Name

Vorname

Geburtsdatum

Dieser Teil wird von der Ärztin/vom Arzt nur für Neuspender und Wiederaufnahmen (≥ 5J.) ausgefüllt!

Bemerkungen

Dauermedikation

Allergien

| | | | | |
|--------------------|----------------|-------------|-------------|-----------|
| Hepatitis Impfung: | nein/unbekannt | Hepatitis A | Hepatitis B | Kombi A+B |
|--------------------|----------------|-------------|-------------|-----------|

| | |
|------|-------|
| Herz | Lunge |
|------|-------|

sonstige Auffälligkeiten

Checkliste Spenderaufklärung

- Verhalten vor der Spende z.B. Essen/Trinken
- Kreislaufreaktion.
- gelegentlich: Blutergüsse (Hämatome), äußerst selten: Punktion der Arterie, Nervenverletzung, Verletzung anderer Strukturen, Infektion
- Erkrankungen innerhalb von 8 Tagen nach der Spende.....
- Spenderelbstausschluss.
- Verhalten nach der Spende z.B. min. 30 Min. Aufenthalt in der Blutspende nach der Spende, Essen, Trinken, Führen von Kraftfahrzeugen, Sport, Tragen schwerer Gegenstände.....
- Sonstiges:
- keine Fragen
- Bisher keine Aufklärung erfolgt

Beurteilung der Spendereignung nach Anamnese und Untersuchung

dauerhaft ungeeignet

Begründung

grundsätzlich geeignet

vorübergehend gesperrt bis

Begründung

Spenderstatus

| | | |
|-----------------|---------------|---------------------|
| Standardspender | EK-Spender | EK+BC Spender |
| | Medikamente | Z.n. Gravidität(en) |
| | anderer Grund | |

Ort/Datum/Unterschrift des Arztes