

 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Institut für Transfusionsmedizin	Fragebogen, Aufklärung und Einwilligung für Serumaugentropfen aus Eigenblut	ID: 12893 005/06.2021
		Seite 1 von 2

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor Sie zu uns kommen, bitten wir Sie die Informationen auf der Rückseite aufmerksam zu lesen, die Fragen zu beantworten und uns diesen Fragebogen zurückzusenden. Vor der Blutspende können Sie in einem persönlichen Gespräch mit einer Ärztin / einem Arzt noch bestehende Fragen klären.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer für Rückfragen und zur Terminvereinbarung: _____

Augenarzt: _____ Telefonnummer des Augenarztes: _____

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? **Bitte geben Sie auch die Art der Erkrankung an.**

Herz- oder Gefäßerkrankung, auch zu hoher / niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren- / Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magendarmkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutarmut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwere Infektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich gesund und belastbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte senden Sie diese ausgefüllte Seite per Fax an **0451 - 500 16004** oder per Brief an:

**Institut für Transfusionsmedizin
Ratzeburger Allee 160, Haus D6
23538 Lübeck**

Sie erreichen uns auch unter Telefon 0451/500-16001 oder E-Mail Sekretariat.Transfusion@uksh.de.

 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Institut für Transfusionsmedizin	Fragebogen, Aufklärung und Einwilligung für Serumaugentropfen aus Eigenblut	ID: 12893 005/06.2021
		Seite 2 von 2

Voraussetzungen für eine Eigenblutspende

Ihr Allgemeinzustand muss die Entnahme von 500 ml oder mindestens 250 ml Blut **aus einer Ellenbogenvene** erlauben. **Ein Port kann nicht verwendet werden.** Bei schwerwiegenden Vorerkrankungen kann das Risiko einer Eigenblutspende größer als deren Nutzen sein. Über Ihre Spendetauglichkeit entscheidet vor jeder Eigenblutspende die Spendeärztin / der Spendearzt. **Bitte klären Sie ggf. mit Ihrem Hausarzt, ob bei Ihnen eine Blutarmut besteht, die vor der Spende behandelt werden sollte (z. B. Ausgleich eines Eisenmangels).**

Technisch-organisatorischer Ablauf

Die Eigenblutspende läuft wie eine normale Blutspende ab. Vor dem Arztgespräch wird Ihnen eine kleine Blutprobe entnommen, um den aktuellen Blutfarbstoffgehalt (Hämoglobinwert) zu untersuchen. Für eine dauerhafte Therapie ist je nach Anzahl der entstehenden Serumaugentropfendosen alle ca. 3 bis 6 Monate eine Spende erforderlich. Bei Bedarf (d.h. abhängig von Ihrem Blutfarbstoffwert) empfehlen wir Ihnen die Einnahme von Eisenpräparaten, um einem Eisenmangel durch die Spende vorzubeugen.

Eigenblutspenden durchlaufen die vorgeschriebenen Laboruntersuchungen, einschließlich eines AIDS-Testes. Auffällige Befunde werden Ihnen mitgeteilt und sind in der Regel kein Grund, die Augentropfen nicht freizugeben. Etwa 1 Woche nach der Spende können die Augentropfen von der Apotheke abgeholt werden. Eine direkte Abgabe an Sie ist leider nicht erlaubt. Trotz aller Sorgfalt ist ein Verlust der Spende durch Beschädigung möglich. Das UKSH haftet in diesen Fällen nicht.

Mögliche Nebenwirkungen

Im Allgemeinen wird eine Eigenblutspende gut vertragen. Blutergüsse im Bereich der Punktionsstelle sind möglich. **Selten** kann es zu Kreislaufstörungen wie Schwächegefühl, Unwohlsein, Schwindel oder kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kommen. **Äußerst selten** können schwere Kreislaufstörungen, Ohnmacht, Störungen der Herzrhythmus, Minderdurchblutung einzelner Organe, Schädigung oder Entzündung von Blutgefäßen oder Nerven im Bereich der Einstichstelle auftreten.

Für Ihren Blutspendetermin geben wir Ihnen folgende Empfehlungen:

Essen Sie gut, aber nicht zu fettreich und trinken Sie ausreichend. Ihr Allgemeinbefinden sollte gut sein, bei Krankheitsgefühl verschieben Sie bitte Ihren Termin (Kontaktdaten s. Seite 1).

Nach der Spende sollten Sie ca. 10 Minuten ruhen, damit Ihr Kreislauf den Blutverlust regulieren kann. Anschließend können Sie sich durch einen Imbiss stärken. Frühestens eine halbe Stunde nach der Spende dürfen Sie wieder am Straßenverkehr teilnehmen. Bestimmte Berufe (z. B. Dachdecker, Busfahrer u. ä.) dürfen frühestens nach 6 Stunden ihre Tätigkeiten wiederaufnehmen.

Einwilligungserklärung

Ich bin mit einer Eigenblutspende zur Herstellung von Serumaugentropfen einverstanden. Die obigen Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ich werde jede Veränderung meines Gesundheitszustandes dem betreuenden Arzt vor Beginn der Eigenblutspende mitteilen.

Mir ist bekannt, dass für die Anzahl der gewonnenen Serumaugentropfendosen keine Gewähr übernommen werden kann. Meine Daten dürfen unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen im EDV-System der Blutspende gespeichert werden.

Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.

Aufklärung durchgeführt:

Datum, Unterschrift des Patienten

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin