



Hier knicken und abreißen



27.	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie sich vom 01.01.1980 bis 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 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten? Wann? _____ 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut	
28.	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? Medikament & Datum der letzten Einnahme: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vom Teamarzt auszufüllen			
<input type="checkbox"/> ja • Thrombozytenaggregationshemmer (in den letzten 7 Tagen)			
<input type="checkbox"/> ja • Antibiotika, Antimykotika, Virostatika, Finasterid oder Dutasterid			
<input type="checkbox"/> ja • Vitamin-K-Antagonisten (z. B. Falithrom, Marcumar), Heparin, Thrombin-/Faktor-Xa-Hemmer			
<input type="checkbox"/> ja • Glukokortikoide (z. B. Cortison), Thyreostatika			
<input type="checkbox"/> ja • Bei Apheresespenden: Für therapeutisches Plasma ungeeignet			
29.	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®)? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
30.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wann? _____ Wenn ja, gegen welche Erkrankung? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ÄRZTLICHER KOMMENTAR:			
<input type="checkbox"/> Rücksprache notwendig <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> BF			
Vertraulicher Selbstausschluss: Ich kenne den Inhalt des vertraulichen Selbstausschlussbogens und weiß, dass ich bei Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe oder einem anderen Risiko folgende Möglichkeiten habe. Entweder kann ich von meiner Blutspende zurücktreten oder ich muss in dem vertraulichen Selbstausschlussbogen der Verwendung meines Blutes widersprechen.			
Einwilligung: Ich versichere hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die Angaben zu meiner Person zutreffen und die Auskünfte zu meiner Gesundheit der Wahrheit entsprechen. Die Hinweise auf dem Merkblatt, insbesondere zu den Infektionsrisiken für Empfänger von Blut- und Blutplasmaerzeugnissen (v. a. AIDS/Hepatitis) habe ich gelesen, verstanden und beachtet. Ich versichere, dass ich keiner der genannten Personengruppen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko für AIDS und Hepatitis angehöre. Ich habe die Hinweise zu Wesen, Bedeutung und Durchführung der Spendeentnahme und der Untersuchungen gelesen und verstanden. Über seltene Risiken und Nebenwirkungen der Blutspende wie Bluterguss, Entzündung der Einstichstelle, Kreislaufprobleme, Eisenmangel und äußerst selten Thrombosen oder Nervenverletzungen durch die Venenpunktion, die auch irreversibel sein können, wurde ich aufgeklärt. Offene Fragen werde ich mit dem untersuchenden Arzt besprechen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit einer Blutentnahme, inklusive der Punktion zwecks Eisenmessung, der Testung meines Blutes auf durch Blut übertragbare Krankheiten (v. a. AIDS/Hepatitis) und der Verwendung meines gespendeten Blutes für medizinische und pharmazeutische Zwecke einverstanden. Auch bin ich einverstanden, dass bei Bedarf an dem gespendeten Blut ergänzende wissenschaftliche Untersuchungen für die Weiterentwicklung der Verfahren zur Gewinnung der Blutkomponenten und zur Diagnostik durchgeführt werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt des Merkblattes zur Information und Aufklärung über die Datenschutz- und Einwilligungserklärung, und gebe meine Einwilligung zur wie dort beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner auf Basis des Spende Bogens erfassten personenbezogenen Daten. Über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten wurde ich aufgeklärt.			
Bei Spendern, bei denen die Beantwortung aller Fragen nur im Gespräch mit dem Arzt möglich war (z. B. bei blinden Personen)		Konservennummer (GS-Etikett)	_____
Unterschrift des Arztes/der Ärztin		Unterschrift des Spenders/der Spenderin	



Hier knicken und abreißen



Konservennummer (S-Etikett)	
BLUTSPENDEDIENST NSTOB	
Spendetag / Uhrzeit: _____	
Spendort: _____	
Anzahl der Spenden einschl. der heutigen	
letztes Spendedatum beim DRK-BSD NSTOB	
Für die Richtigkeit der festgestellten Identität des Spenders durch die Vorlage eines gültigen amtlichen Personaldokuments mit Lichtbild: <input type="checkbox"/> Neuer Pass erwünscht <input type="checkbox"/> Änderung der Spendenzahl Unterschrift Aufnahme: _____ <input type="checkbox"/> Kein Pass erwünscht	
<p>► Alle Antworten zu den durchnummerierten medizinischen Fragen sind Pflichtangaben für die Zulassung zur Blutspende. Überprüfen Sie bitte in jedem Fall Ihre Angaben (Name, Vorname, Geburtsdatum) auf richtige Schreibweise sowie korrektes Geburtsdatum und Geschlecht. (Hier nur ausfüllen oder ändern, wenn Änderungen erforderlich.)</p> <p>Name: _____ Vorname: _____ <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____ <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Straße, Haus-Nr.: _____ c/o: _____ <input type="checkbox"/> Keine Einladungen zum heutigen Spendort erwünscht</p> <p>PLZ, Wohnort: _____ <input type="checkbox"/> Keine telefonischen Terminerinnerungen erwünscht</p> <p>► Ihre folgenden Angaben bzgl. Telefon-/Handynummer und Emailadresse sind freiwillig und werden ausschließlich zum Zwecke der Einladung zu künftigen Blutspendeterminen durch die DRK-Blutspendedienste oder einen durch diesen beauftragten externen Dienstleister (inkl. zweckgebundener Weitergabe an diesen beauftragten externen Dienstleister) oder für eventuelle Rückfragen die Spende betreffend verwendet.</p> <p>► Bitte ausfüllen! Handy/Festnetz: _____ E-Mail: _____</p>	
LABOR: Ohr Finger Hb (g/dl) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> ggf. 2. Messg.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Temperatur(°C): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	VITALWERTE: RR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Puls (/min): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ÄRZTLICHE ENTSCHEIDUNG: Spendefähigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beutelsystem-information PUNKTION: <input type="checkbox"/> Funktionsseite <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> Konserve voll <input type="checkbox"/> Langläufer <input type="checkbox"/> Konserve nicht voll <input type="checkbox"/> Beutel defekt / belüftet <input type="checkbox"/> Gerinnsel <input type="checkbox"/> Röhrchen ohne Füllung <input type="checkbox"/> Rückstellung ohne Punktion <input type="checkbox"/> Laborröhrchen
Informationen zur aktuellen Spende: evtl. Vorspenden:	Ärztliche Entscheidung: Arzt: _____
Zusatzfragen:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hb-Entnehmer Ident:	
Entnahme-zwischenfall:	Kollaps Nervenläsion Hämatom arterielle Punktion
leichter Zwischenfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
schwerer Zwischenfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand		Ja ↓	Nein ↓
01.	<ul style="list-style-type: none"> Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben? Wiegen Sie unter 50 kg? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
02.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z.B. Erkältung, Harnwegsinfekt)? eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
03.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
04.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten beim Arzt, beim Heilpraktiker oder im Krankenhaus? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
05.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (ggf. unterstreichen):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Bluthochdruck (mit oder ohne Medikamente siehe Frage 28),	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Herz- oder Gefäßerkrankungen (z. B. Thrombose, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Nervenerkrankung (z. B. Epilepsie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Wiederholte Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Tumor (z. B. Krebs) – auch Behandlung mit Zytostatika?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, Alkoholkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
06.	<ul style="list-style-type: none"> 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 Blutspende-Einrichtungen? (Neben dem DRK-BSD NSTOB) 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
07.	Werden Sie in den nächsten 12 Stunden Tätigkeiten in Beruf oder Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeiten mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
08.	Nur für Frauen: <ul style="list-style-type: none"> Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Waren Sie jemals schwanger? Wenn ja, wann zuletzt (Ende der Schwangerschaft)? <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können		Ja ↓	Nein ↓
09.	Wurde bei Ihnen jemals <ul style="list-style-type: none"> eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis A, B oder C festgestellt? Wann? _____ eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
10.	<ul style="list-style-type: none"> 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? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	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)? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit extrem gefährlichen Krankheitserregern (z. B. Ebolavirus) gearbeitet oder sind Sie damit anderweitig in Kontakt gekommen? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Haben Sie jemals eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma – auch Eigenblut) erhalten? Wann ja, wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung) oder eine Katheteranwendung? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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 den Empfänger Ihrer Spende.		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sexualverkehr <ul style="list-style-type: none"> mit mehr als 3 Partnern? für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten haben? 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr <ul style="list-style-type: none"> außerhalb einer festen Partnerschaft? für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben? mit einer Person, die im Ausland (außer Westeuropa und USA) lebt? Nur für Frauen: mit einem bisexuellen Mann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr mit einer Person, die im Ausland (außer Westeuropa und USA) geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nur für Männer: Hatten Sie jemals Sexualverkehr mit einem anderen Mann? Wann ja, fand dieser Kontakt innerhalb der letzten 12 Monate statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt oder geschnupft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.	Haben Sie jemals Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z. B. Muskelaufbaupräparate, Botox)? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie jemals Frischzellen bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten? Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt (Tierbiss) gegen Tollwut geimpft worden? Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z. B. gegen Schlangenbisse)? Wann? _____ 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
21.	<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie außerhalb Deutschlands geboren? Wo? (Land/Region) _____ Haben Sie jemals länger als 6 Monate außerhalb Deutschlands gelebt? Wo? _____ Bis wann? _____ Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, außerhalb Deutschlands? Wo? _____ Bis wann? _____ 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.	Haben oder hatten Sie jemals eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus oder Paratyphus), Q-Fieber, Toxoplasmose? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen		Ja ↓	Nein ↓
25.	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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26.	<ul style="list-style-type: none"> Wurden Sie vor 1996 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse behandelt z. B. wegen Wachstumsstörungen, Endometriose, Kinderwunsch? Haben Sie jemals Hornhaut-, Hirnhaut- oder andere Transplantate (nicht Zahn- oder Gelenkimplantate) erhalten? Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein