

|                                                                                                         |                      |            |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|---------------------|
| <b>Zentralinstitut für<br/>Transfusionsmedizin GmbH</b><br><b>Eilbektal 111</b><br><b>22089 Hamburg</b> | Version:             | 16.0       | <b>OZ:2100.06</b>   |
|                                                                                                         | geschrieben am:      | 16.10.2012 | erstellt von: braun |
|                                                                                                         | in Kraft gesetzt:    | 01.01.2013 | Exemplare 15        |
|                                                                                                         | ersetzt Fassung vom: | 01.01.2012 | Seite 1 von 2       |

## Blutspendefragebogen

|                                                                 |          |                 |
|-----------------------------------------------------------------|----------|-----------------|
| Nachname:                                                       | Vorname: | Geburtsdatum:   |
| Adresse: (zur Kontrolle der richtigen Adresse bitte ausfüllen): |          | Spender-Nummer: |

**Fragebogen bitte sorgfältig durchlesen und beantworten: Zutreffendes bitte einzeln ankreuzen! ja /nein**

1. Fühlen Sie sich völlig gesund ? ..... ☐ ja ☐ nein
2. Sind Sie **zur Zeit** krankgeschrieben oder in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung ? ..... ☐ ja ☐ nein
3. Haben Sie **zur Zeit** eine offene Wunde, eine Hautinfektion oder einen Abszess ? ..... ☐ ja ☐ nein
4. Haben Sie in den letzten **12 Stunden** Alkohol getrunken ? ..... ☐ ja ☐ nein
5. Hatten Sie **in der letzten Woche** eine kleine Operation oder Zahnbehandlung ? ..... ☐ ja ☐ nein
6. Können Sie bestätigen, dass Sie in den letzten **4 Wochen** keine fieberhafte Erkrankung (Fieber über 38° C),  
keinen akuten oder anhaltenden Durchfall und keine anderen Infektionserkrankungen hatten? ..... ☐ ja ☐ nein
7. Haben Sie in den letzten **4 Wochen** **Medikamente** eingenommen (**bitte alle angeben !**  
**auch** Aspirin<sup>®</sup>, Bluthochdruck-, Akne-, Haarwuchsmittel) ? Wenn ja, welche? ..... ☐ ja ☐ nein
8. Hatten Sie in den letzten 8 Wochen Kontakt mit Infektionskranken (z.B. **Grippe**, Röteln, Masern, Mumps)? ..... ☐ ja ☐ nein
9. Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Zeckenbiss? ..... ☐ ja ☐ nein
10. Hatten Sie in den letzten **4 Monaten**
  - eine Tätowierung, Akupunktur, Hautdurchstechung (Piercing, Ohrloch o.ä.), Skarifizierung ? ..... ☐ ja ☐ nein
  - eine Operation oder einen endoskopischen Eingriff (z.B. Magen-, Darm-, Bauch-, Gelenkspiegelung) ? .... ☐ ja ☐ nein
  - einen Unfall, eine schwere Krankheit, Katheteranwendung, Biopsie, Lymphknotenschwellungen,  
eine Kanülenstichverletzung oder Schleimhautkontakt mit Blut ? ..... ☐ ja ☐ nein
11. Waren Sie in den letzten **6 Monaten** im Ausland ? Wenn ja, wann, wo ? ..... ☐ ja ☐ nein
12. Sind Sie in den letzten **12 Monaten** geimpft worden ? Wenn ja, welche Impfung ? ..... ☐ ja ☐ nein
13. Gehören Sie selbst zu einer infektionsgefährdeten Risikogruppe ( heterosexuelle Personen mit  
Risikoverhalten, z.B. mit wechselnden Intimpartnern; Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben;  
männliche und weibliche Prostituierte)? ..... ☐ ja ☐ nein
14. Hatten Sie in den letzten **12 Monaten**
  - eine Gelbsucht oder Kontakte zu Gelbsucht-/Hepatitis- oder AIDS-Kranken (z. B. in häuslicher  
Gemeinschaft, durch Pflege oder Intimkontakte) oder hatten Sie eine Behandlung mit tierischen Seren ? .. ☐ ja ☐ nein
  - Intimkontakt zu besonders infektionsgefährdeten Personen (siehe vorherige Frage)? ..... ☐ ja ☐ nein
15. Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft? ..... ☐ ja ☐ nein
16. Haben Sie **jemals** eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Plasma, Eigenblut) erhalten? . ☐ ja ☐ nein
17. Erhielten Sie **in den letzten 4 Monaten** eine Blutübertragung oder Medikamente aus Blutplasma, wie  
Blutgerinnungsfaktoren oder Immunglobuline (z.B. Antikörper gegen Tetanus) ? ..... ☐ ja ☐ nein

**Diese Fragen nur für Frauen:**

18. Waren Sie **jemals** schwanger (auch Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch)? ..... ☐ ja ☐ nein
19. Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre schwanger oder sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie? ..... ☐ ja ☐ nein
20. Waren Sie jemals oder sind Sie erkrankt an / infiziert mit Salmonellen (Typhus/Paratyphus), Syphilis,  
Hepatitis (Gelbsucht, ggf. auch Nachweis von Antikörpern ohne Erkrankung), HIV (AIDS), Tuberkulose,  
Babesiose, Brucellose, HTLV I/II, Leishmaniasis, Lepra, Malaria, Osteomyelitis (Knochenentzündung),  
Rickettsiose (z.B. Fleckfieber, Q-Fieber), Rückfallfieber, Toxoplasmose, Melioidose,  
Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit), Tularämie ? ..... ☐ ja ☐ nein
21. Sind Sie in einem Malariagebiet geboren, aufgewachsen oder haben Sie dort längere Zeit gelebt  
(mehr als 6 Monate)? Wenn ja, wann, wo ? ..... ☐ ja ☐ nein
22. Können Sie bestätigen, dass bei Ihnen keine Medikamentenabhängigkeit, kein Medikamentenmissbrauch,  
keine Alkoholkrankheit und keine Rauschgiftsucht vorliegt ? ..... ☐ ja ☐ nein
23. Leiden oder litten Sie an Herz- oder Gefäßkrankheiten, schweren neurologischen Erkrankungen  
(z.B. Epilepsie), Autoimmunerkrankungen, Allergien, Rheumatischem Fieber, Diabetes,  
Glomerulonephritis, bösartigen Tumoren oder anderen chronischen Erkrankungen ? Wenn ja, welche? ..... ☐ ja ☐ nein
24. Wurde bei Ihnen jemals eine Hirnhaut- oder Hornhaut- (Cornea-) Transplantation durchgeführt ? ..... ☐ ja ☐ nein
25. Wurden Sie jemals mit menschlichem Wachstumshormon oder Medikamenten gegen Psoriasis  
(Neotigason<sup>®</sup>) behandelt oder haben Sie tierische und/oder menschliche Transplantate erhalten ? ..... ☐ ja ☐ nein

**Bitte wenden: weitere Fragen und die Spendeinwilligungserklärung finden Sie auf der Rückseite →**

|                                                                                             |                      |            |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|---------------------|
| <b>Zentralinstitut für<br/>Transfusionsmedizin GmbH<br/>Eilbektal 111<br/>22089 Hamburg</b> | Version:             | 16.0       | <b>OZ:2100.06</b>   |
|                                                                                             | geschrieben am:      | 16.10.2012 | erstellt von: braun |
|                                                                                             | in Kraft gesetzt:    | 01.01.2013 | Exemplare 15        |
|                                                                                             | ersetzt Fassung vom: | 01.01.2012 | Seite 2 von 2       |

ja / nein

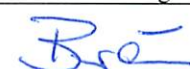
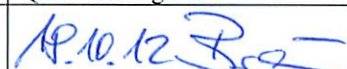
26. Ist bei Ihnen oder in Ihrer Familie die Creutzfeld-Jacob-Erkrankung oder eine Variante aufgetreten oder besteht der Verdacht darauf? ..... o o
27. Waren Sie vom **01.01.1980 bis 31.12.1996** insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien (England, Nordirland, Wales, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln)? ..... o o
28. Hatten Sie **nach dem 01.01.1980** im Vereinigten Königreich Großbritannien (siehe vorherige Frage) eine Operation oder eine Bluttransfusion oder eine Transfusion von Blutkomponenten (rote und weiße Blutkörperchen, Blutplättchen, Plasma, Kryopräzipitat) oder eine Behandlung mit Medikamenten aus Plasma (Injektion, Infusion von Immunglobulinen, Gerinnungsfaktoren etc.)? ..... o o
29. Hatten Sie in den letzten **2 Wochen** direkten Kontakt zu tot aufgefundenen Wildvögeln oder Säugetieren? ..... o o
30. Haben Sie die letzte Blutspende gut vertragen? Wenn nicht, mögliche Ursache: ..... o o

### Spendeeinwilligungserklärung:

- Ich bestätige, dass umseitig genannter Name und die Adresse auf mich zutreffen.
- Die zur Zeit gültigen „Informationen zur Blutspende“ und die „AIDS/Hepatitis-Informationen für Blutspender“ habe ich gelesen und verstanden. Es ist mir kein Grund bekannt, der mich als Blutspender ausschließt.
- Die obigen Fragen habe ich verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet. 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.
- Ich bin einverstanden mit einer Blutspende, mit den notwendigen Untersuchungen meines Blutes einschließlich des HIV-Testes, der Aufbewahrung einer Blutprobe über mehrere Jahre (Rückstellprobe), mit der Speicherung meiner Daten durch den Blutspendedienst unter Beachtung des Datenschutzes und der freien Verfügbarkeit meiner Blutspende.
- Ich bin damit einverstanden, dass an den mir entnommenen Blutproben auch Untersuchungen zum Zweck der Qualitätssicherung (z.B. Bildung von Kontrollkollektiven mit Normalwerten) in anonymer Form durchgeführt werden können.
- Ich erkläre mich bereit, notwendige Blutuntersuchungen auch zu einem späteren Zeitpunkt vornehmen zu lassen.
- Darüber hinaus hatte ich Gelegenheit, selber Fragen zu stellen. Diese wurden mir, falls ich Fragen gestellt hatte, zufriedenstellend beantwortet.
- Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt irgendwelche Zweifel an meiner Eignung zum Blutspenden haben oder bekommen, werde ich mich unverzüglich vertraulich (z. B. telefonisch) an eine Ärztin oder Arzt des Blutspendedienstes wenden.
- Ich werde den Blutspendedienst auch sofort benachrichtigen, wenn innerhalb der nächsten 14 Tage eine Erkrankung, besonders eine Infektion (z. B. Gelbsucht) auftritt.
- Nach Aufklärung über die mit der Blutspende verbundenen Risiken bin ich mit der Fortsetzung des Spendeprozesses einverstanden.

| Ort, Datum                                    |       | Unterschrift des Spenders |                       | Unterschrift des Arztes |                          |
|-----------------------------------------------|-------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|
| <b>Spendedokumentation ohne EDV-Anbindung</b> |       |                           |                       |                         |                          |
| Untersuchung                                  |       | Visum                     | Vorgang               | Eintrag/Visum           | Ärztliche Anmerkungen    |
| Hb                                            | g/dl  |                           | Checkin/Identität     |                         | spendetauglich ja nein   |
| RR /                                          | mm Hg |                           | SPV                   |                         | SS ja nein // TF ja nein |
| Puls                                          | /min  |                           | Register/Charge       |                         |                          |
| Temp                                          | ° C   |                           | Mischwaage /Punktion  |                         |                          |
|                                               |       |                           | Abschluss mit Uhrzeit |                         | Arztunterschrift         |

Verteiler: Zentralkokumentation, Spendebetriebe (12), Mobiles Team ZIT (2)

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Sachkundige Person / QP                                                             | Leiter der Herstellung                                                              | Leiter der Qualitätskontrolle                                                        | QM-Beauftragte                                                                        |
|  |  |  |  |