

VVD: Information und Fragebogen Neuspender

Gültig ab: 01.07.2014

ID: 3.5/5.51.02*006

**Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin,
DIAKO Krankenhaus gGmbH**

Name:	Geburtsname:
Vorname:	Geburtsdatum
Straße:	Telefon privat:
PLZ: Wohnort:	Mobil / Telefon dienstlich:
Beruf:	Email: <small>Bitte leserlich schreiben!</small>
Staatsangehörigkeit:	Geschlecht: männlich weiblich

Liebe Blutspenderin, lieber Blutspender,

wir danken Ihnen, dass Sie sich als Blutspender zur Verfügung stellen wollen und heißen Sie willkommen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie vor der Blutspende eingehend befragen und untersuchen müssen. Dies dient Ihrer eigenen Sicherheit sowie der Sicherheit der Patienten, die das von Ihnen gespendete Blut transfundiert bekommen. Bitte lesen Sie das aktuelle **Informationsblatt Allgemeine und AIDS-Informationen zur Vollblutspende** sorgfältig durch. Wenn Ihnen etwas unklar ist, fragen Sie bitte den Arzt bei der Untersuchung. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen **Ja** **Nein**

1	Es ist ein ausreichendes Sprachverständnis erforderlich, um Dokumente zu verstehen und Fragen korrekt beantworten zu können. Verstehen Sie die deutsche Sprache in Wort und Schrift?		
2	Haben Sie schon einmal Blut gespendet? Wenn ja, wo und wann zuletzt?		
3	Hatten Sie Schwierigkeiten dabei oder danach (z.B. schwierig zu punktierende Venen, „Eisenmangel“ oder Kreislaufprobleme)?		
4	Sind Sie jemals als Blutspender abgelehnt worden? Wenn ja, warum?		
5	Sie müssen gesund sein und Ihr Körpergewicht mindestens 50kg betragen. Neuspender dürfen bis zum 60. Lebensjahr beginnen Blut zu spenden. Fühlen Sie sich gesund?		
6	Nach Operationen, Endoskopien, Wunden oder bei Erkrankungen sowie bei Schwangerschaften sind bestimmte Fristen einzuhalten, innerhalb derer eine Blutspende nicht möglich ist. Hatten Sie jemals eine Operation, eine Krankenhausbehandlung, einen Unfall oder eine Schwangerschaft?		
7	Tatoos und Piercings sind Infektionsquellen, hatten Sie in den letzten 6 Monaten ein Tattoo o. Piercing o.Ä.		
8	Litten Sie jemals oder leiden Sie an: Krampf-/Ohnmachtsanfällen, Kreislaufkrankungen, Herzbeschwerden, Herzerkrankungen, Nierenerkrankung, Magen-Darmerkrankung, Bösartigen Tumoren (Krebs), Autoimmunerkrankungen, Hormonstörung (z.B. Schilddrüse), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Gicht, Rheumatisches Fieber.		
9	Litten Sie jemals oder leiden Sie an Infektionskrankheiten? Hepatitis (Gelbsucht), Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Salmonellen, Infektions-, Tropenkrankheiten wie Malaria, Babesiose, Brucellose, Leishmaniose, Rickettsiose, Toxoplasmose, Chagaskrankheit?		
10	Die Medikamente sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Wirkstoffgruppen kategorisiert. Die Zulassung zur Blutspende ist abhängig von dieser Einteilung. Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen?		
11	Haben Sie jemals Suchtmittel benutzt oder sind sie alkoholabhängig?		
12	Sind Sie in den letzten 6 Monaten im außer europäischen Ausland gewesen? Oder sind Sie dort geboren?		
13	Für bestimmte Personengruppen ist die Blutspende generell nicht zugelassen (z.B. bestimmte Erkrankungen; Kontakte zu Risikogruppen für HIV- und Hepatitisinfektionen). Gehören Sie zu den besonders infektionsgefährdeten Risikogruppen für eine Hepatitis oder HIV-Infektion?		

VVD: Information und Fragebogen Neuspender

Gültig ab: 01.07.2014

ID: 3.5/5.51.02*006

Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin,
DIAKO Krankenhaus gGmbH

Wichtige Hinweise zur Beachtung nach der Blutspende:

Nehmen Sie innerhalb der ersten dreißig Minuten nach der Spende nicht am aktiven Straßenverkehr teil! (Personenbeförderung oder gefahrgeneigte Tätigkeiten nicht am selben Tag!)

Schwere körperliche Belastung und größere körperliche Aktivität (Sport, Sauna usw.) sollten Sie am Tag der Blutspende vermeiden. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit können nach der Spende vorübergehend eingeschränkt sein.

Es ist wichtig, darauf zu achten vor der Spende ausreichend gegessen und vor allem viel getrunken zu haben. Diese Vorsichtsmaßnahmen sind wichtig, um Kreislaufproblemen vorzubeugen.

Die Blutspende erfolgt grundsätzlich freiwillig und unentgeltlich. Sie erhalten jedoch ab der zweiten Blutspende bei uns eine Aufwandsentschädigung, Blutspenden werden aber nicht vergütet.

Blutspenden sind für Frauen alle 12 Wochen und für Männer alle 10 Wochen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich. Wir hoffen, dass sie regelmäßig zur Blutspende kommen.

Vielen Dank für Ihre heutige Spende!

Wird beim Arzt / Ärztin ausgefüllt:

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Über den Ablauf des Blutspendens wurde ich in einem vertraulichen Arztgespräch informiert. Ich habe alle Fragen verstanden und hatte Gelegenheit Unklarheiten mit einem Arzt zu besprechen. Über Risiken der Blutentnahme wurde ich umfassend aufgeklärt. Siehe auch „Allgemeine- und AIDS- Informationen zur Vollblutspende“.

Ich habe keine weiteren Fragen. Auf eine Kopie dieses Bogens verzichte ich ausdrücklich.

Datum: _____ Unterschrift neuer Spender: _____

Vom Arzt / Ärztin auszufüllen:

Anamnese:

Ärztliche Untersuchung:

Gewicht: kg RR
Größe: cm Temp.

Beurteilung der Spendereignung:

geeignet
vorübergehend nicht geeignet
nicht geeignet

Datum: _____ Arzt Unterschrift: _____