

Anamnesebogen und Einwilligungserklärung

Mustermann
Nachname
Hans
Vorname
11.11.1980
Geburtsdatum
Musterstr. 1
Straße
12345 Musterhausen
PLZ und Ort

26.09.2018
Datum - Termin
369300 - Herzogenaurach
Blutspendetermin
1297
Vorgangsnummer

SPENDEFÄHIG

| | |
|---|--|
| Medizinische Untersuchung | |
| Temperatur: | 37,2 |
| Puls: | 0 |
| Arrhythmie? | |
| Blutdruck Systolisch: | 0 |
| Blutdruck Diastolisch: | 0 |
| Hb-Wert: | 16,5 |
| Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand | |
| Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Überprüft und bewertet? | |
| Wiegen Sie mindestens 50 kg? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie in der letzten Woche: | |
| <input type="checkbox"/> einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt) ohne Fieber | |
| <input checked="" type="checkbox"/> eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung | |
| <input type="checkbox"/> eine Verletzung oder einen kleinen operativen Eingriff | |
| <input type="checkbox"/> keine relevante Erkrankung | |
| Überprüft und bewertet? | |
| Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber? | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus, beim Arzt oder beim Heilpraktiker? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Überprüft und bewertet? | |
| Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (ggf. unterstreichen): - Herz- oder Gefäßerkrankung (z. B. Thrombose, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall, Herzinfarkt), - Nervenerkrankung (z. B. Epilepsie), - Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm, - chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, - Tumor(z. B. Krebs)? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche Art? | |
| <input type="checkbox"/> Herz- oder Gefäßerkrankung (z. B. Thrombose, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall, Herzinfarkt) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nervenerkrankung (z. B. Epilepsie) | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm | |
| <input type="checkbox"/> chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit | |
| <input type="checkbox"/> Tumor(z. B. Krebs) | |
| Überprüft und bewertet? | |
| Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut spenden dürfen? | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Hat es bei einer früheren Blutentnahme/Blutspende Komplikationen gegeben? | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Spenden Sie auch in anderen Blutspende-Einrichtungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Konsumieren Sie Rauschmittel oder Medikamente missbräuchlich? | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| 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)? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Überprüft und bewertet? | |
| Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können | |
| Wurde bei Ihnen jemals/n - eine Leberentzündung ('Gelbsucht'), z. B. Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C festgestellt?/n - eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?? | |
| Wurde bei Ihnen jemals eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen? | |
| 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, Botoxspritzen, permanentes Make-up, Body Modification? |
| Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde? |
| Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z.B. Injektionsnadel)? |
| Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten? |
| Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z.B. Magen-, Blasen-, Darm- oder Gelenkspiegelung), eine Katheteranwendung oder wurde Ihnen Gewebe entnommen (Biopsie)? |
| 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 einer neuen Partnerin / einem neuen Partner? |
| Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr mit einer Person, die eine schwere Infektionskrankheit (AIDS oder Hepatitis) hat oder haben könnte? |
| Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr für den Sie Geld oder andere Leistungen (z.B. Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben? |
| Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr mit einem bisexuellen Mann? |
| Haben Sie schon einmal Geld oder andere Leistungen für Sexualverkehr erhalten? |
| Hatten Sie schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann? |
| Haben Sie jemals Drogen gespritzt oder geschnupft? |
| Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft? |
| Haben Sie in den letzten 4 Monaten Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate)? |
| Haben Sie jemals Frischzellen bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakt von Tieren erhalten? |
| Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach einem Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden? |
| Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)? |
| Sind Sie außerhalb Europas geboren? |
| Haben Sie jemals länger als 6 Monate außerhalb Europas gelebt? |
| Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? |
| Wurde bei Ihnen jemals Malaria festgestellt? |
| Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Toxoplasmose, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber? |
| 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? |
| 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? |
| Haben Sie jemals Tabletten zur Behandlung von Schuppenflechte oder schwerer Akne eingenommen (z.B. Tigason®, Neo-Tigason®, Roaccutane®)? |
| Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? |
| Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen |
| Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder eine ähnliche Erkrankung festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen? |
| Wurden Sie vor 1986 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse, z.B. wegen Wachstumsstörungen, Unfruchtbarkeit, Endometriose behandelt? |
| Haben Sie jemals Hornhaut-, Hirnhaut- oder andere Transplantate erhalten? |
| Haben Sie sich in der Zeit vom 01.01.1980 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 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten? |
| Nun Folgend die Aufklärungsseiten. |
| Der Fragebogen ist hiermit beendet. Mit „Weiter“ schließen Sie Ihren Fragebogen ab und bestätigen Ihre Eingaben. Sollten Sie noch Änderungen bei Ihren Antworten vornehmen wollen, können Sie diese auch mit dem Arzt besprechen. |

[TODO] - [Beispieltext] Alle erhobenen anamnestischen Angaben und Labordaten unterliegen der **Vertraulichkeit** ebenso wie Daten für die spätere Rückverfolgbarkeit der Spende. **Sie können jederzeit von der Spende ohne Angabe von Gründen zurücktreten.**

Selbstverständlich können Sie jederzeit vor, während und nach der Spende Sie interessierende, spendebezogene Fragen an das Personal richten. Ihre Anfragen und der Inhalt des ärztlichen Gespräches unterliegen der **Schweigepflicht**.

[TODO] - [Beispieltext] Alle erhobenen anamnestischen Angaben und Labordaten unterliegen der **Vertraulichkeit** ebenso wie Daten für die spätere Rückverfolgbarkeit der Spende. **Sie können jederzeit von der Spende ohne Angabe von Gründen zurücktreten.**

Selbstverständlich können Sie jederzeit vor, während und nach der Spende Sie interessierende, spendebezogene Fragen an das Personal richten. Ihre Anfragen und der Inhalt des ärztlichen Gespräches unterliegen der **Schweigepflicht**.

[TODO]Hiermit bestätige ich alle Anamnesefragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich wurde vom Arzt über den Ablauf und die Risiken der Blutspende aufgeklärt und meine Fragen wurden mir im Rahmen des ärztlichen Gesprächs beantwortet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Entnahme der Spende und der damit verbundenen Untersuchung meines Blutes einverstanden bin. Des Weiteren sichere ich zu, dass der zeitliche Abstand zu einer vorangegangenen Vollblutspende mindestens 56 Tage beträgt.

Herzogenaurach , 26.09.2018

Ort und Datum

Unterschrift Spender

Herzogenaurach , 26.09.2018

Ort und Datum

Unterschrift Arzt