

## Fragebogen für Blutspender\*innen

### Ihre persönlichen Daten (Bitte in Druckschrift)



Name:	_____	Telefon:	_____
Vorname:	_____	Mobil:	_____
Geburtsdatum:	_____	E-Mail:	_____
Straße, H-Nr.:	_____	Beruf:	_____
PLZ, Wohnort:	_____	<input type="checkbox"/> Student*in, Auszubildende*r	<input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst
Ich verfüge über einen festen Wohnsitz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in Uniklinik im Dienst	

Bitte lesen Sie den Fragebogen sorgfältig durch und beantworten Sie die Fragen gewissenhaft. Die Fragestellung und die Formulierung der Fragen entsprechen den Vorgaben der für die Arzneimittelüberwachung zuständigen Behörde. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass einige Fragen, die wir Ihnen stellen müssen, Ihr Privatleben und Ihre Intimkontakte betreffen. Risikosituationen für die Übertragung von Infektionskrankheiten sind im Formular „**Vertraulicher Spender-Selbstausschluss**“ beschrieben. Dieses ist neben dem Fragebogen Bestandteil der Spenderzulassung. Die Prüfung Ihrer Angaben und der Spenderzulassungskriterien erfolgt unter Beachtung größtmöglicher Diskretion. Es ist dennoch unvermeidbar, dass benachbarte Spender\*innen teilweise von Ihren persönlichen Daten Kenntnis erhalten (z.B. Ihr Geburtsdatum zur Prüfung Ihrer Identität). Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Website. Sie können sie außerdem jederzeit an unserer Anmeldung einsehen.

### Verhalten vor und nach einer Blutspende - Begleitreaktionen der Blutspende

Blutspenden werden meist ohne körperliche Beeinträchtigung gut vertragen. Gelegentlich kommen jedoch leichte Anpassungsstörungen an den Blutverlust vor, anhaltende oder bleibende Störungen sind allerdings ausgesprochen selten.

Der Blutverlust kann zu Schwindel und Kreislaufstörungen bis hin zur Bewusstlosigkeit (Kreislaufkollaps) führen. Dabei sind Stürze mit Verletzungsfolge möglich. Anzeichen von Kreislaufregulationsstörungen können z.B. sein: Übelkeit, Schweißausbruch, Schwächegefühl, Schwindel, Sehstörungen oder das Gefühl plötzlich schlecht zu hören. Bitte machen Sie sich **sofort** bemerkbar und informieren Sie unser Personal, wenn Sie diese Symptome bei sich feststellen. Die Beschwerden bessern sich durch **sofortiges** Hinlegen und „Beine hochlegen“ in der Regel sehr rasch wieder. Bitte versuchen Sie nicht, die Kreislaufschwäche „abzuwarten“ - ein Kreislaufkollaps tritt ggf. schlagartig auf.

Treten nach Verlassen der Blutspendezentrale oder zu Hause die oben beschriebenen Symptome auf, sollten Sie sich sofort hinlegen (Beine hochlegen). Sofern Sie anhaltende Beschwerden haben, melden Sie sich bitte beim Rettungsdienst (Tel.: 112).

Schmerzen, Gefühlsstörungen oder andere neurologische Ausfallserscheinungen als Folge von Gefäß- oder Nervenverletzungen durch die Punktion sind äußerst selten, aber nicht vollkommen auszuschließen. Die Schädigungen können irreversibel (bleibend) sein und unter Umständen chronische Schmerzen und anhaltende Beeinträchtigungen der jeweils betroffenen Körperpartien zur Folge haben.

Häufiges Spenden kann dazu beitragen, eine Anämie (Blutarmut) zu entwickeln. Bitte informieren Sie die/den Spendeärzt\*in, wenn Sie unter Symptomen leiden wie Blässe, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungsschwäche, Haarausfall, brüchige Fingernägel. Bei Bedarf erhalten Sie von uns Eisentabletten.

Nach der Spende drücken Sie bitte ca. drei Minuten bei ausgestrecktem Arm auf die Einstichstelle. Dennoch kann es an der Einstichstelle gelegentlich zum so genannten „Punktionshämatom“ kommen. Diese Blutergüsse sind als normale Begleitreaktion zu bewerten. Weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich. Von der Einstichstelle ausgehende Infektionen sind extrem selten.

Nehmen Sie innerhalb der ersten dreißig Minuten nach der Spende nicht am aktiven Straßenverkehr teil! (Personenbeförderung oder gefahren geneigte 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.

Sollten Sie innerhalb der nächsten drei Tage nach der Spende erkranken (Fieber > 38,5°C, Schüttelfrost, Muskelschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl), bitten wir Sie, sich bei uns zu melden. Ihre Spende darf dann nicht an Patient\*innen weitergegeben werden. Sie erreichen die Blutspendezentrale (Tel.: 0761 270-44444, montags bis samstags 8 bis 12 Uhr) oder die Blutbank (Tel.: 0761 270-37770) direkt (24-Stunden/365 Tage) oder über die Zentrale des Universitätsklinikums (Tel.: 0761 270-0).

**Wenn Ihnen bei der Beantwortung der nachfolgenden Fragen etwas unklar ist, fragen Sie bitte die/den Ärzt\*in. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.**

<b>BSZ-202-FB06-V</b>	<b>gültig ab 04.11.2024</b>	<b>ersetzt Version U</b>
Verfasser*in/Bearbeiter*in: Name: F. Hummel	Geprüft am: 04.10.2024 Name: Dr. M. Umhau Funktion: Ärztliche Leitung Blutspendezentrale	Genehmigt am: 08.10.2024 Name: Prof. Dr. R. Schäfer Funktion: Ärztliche Leitung Transfusionsmedizin



Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand			
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fühlen Sie sich <b>krank</b> oder sind Sie aktuell <b>krankgeschrieben</b>?</li> <li>▶ Haben Sie heute schon gegessen und getrunken?</li> <li>▶ Ernähren Sie sich vegetarisch?</li> <li>▶ Wiegen Sie mindestens 50 kg? Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
2.	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z.B. Erkältung, Harnwegsinfekt, Corona-Infekt),</li> <li>▶ eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung,</li> <li>▶ eine Verletzung oder einen kleinen operativen Eingriff?</li> </ul> Wenn ja, welche? _____ 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
3.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung, Fieber, eine COVID-19-Erkrankung oder wurden Sie von einer Zecke gestochen? Wenn ja, was? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung oder im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen ( <u>Bitte zutreffende Erkrankung unterstreichen</u> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Herz- oder Gefäßkrankung (z.B. Bluthochdruck, Thrombose, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall)?</li> <li>▶ Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie)?</li> <li>▶ Wiederholte Ohnmachtsanfälle?</li> <li>▶ Erkrankung von Haut, Blut, Gerinnung (z.B. Faktor-V-Leiden-Mutation), Lunge (z.B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm?</li> <li>▶ chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, Alkoholkrankheit?</li> <li>▶ Tumor (z.B. Krebs)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut oder Plasma spenden dürfen? Wenn ja, weshalb? _____ Wann? _____</li> <li>▶ Hat es bei einer früheren Blutentnahme/Blutspende Komplikationen gegeben? Wenn ja, welche? _____ Wann? _____</li> <li>▶ Spenden Sie auch in anderen Spende-Einrichtungen? Wenn ja, wo und wann zuletzt? _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
7.	Werden Sie in den 12 Stunden nach Ihrer Spende Tätigkeiten in Beruf oder Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z.B. Personenbeförderung, Führen eines Fahrzeugs mit Sonderrechten, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	<b>Nur für Frauen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sind Sie schwanger oder stillen Sie?</li> <li>▶ Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre schwanger?</li> <li>▶ Waren Sie <b>jemals</b> schwanger (auch Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch)? Wenn ja, wann zuletzt? _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können			
9.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit extrem gefährlichen Krankheitserregern (z.B. Ebolavirus) gearbeitet oder sind Sie damit anderweitig in Kontakt gekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	Wurde bei Ihnen jemals <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ eine Leberentzündung (Hepatitis, „Gelbsucht“) festgestellt?</li> <li>▶ eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur? Wenn ja, von wem? _____ Wann? _____</li> <li>▶ 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, Microblading? Wenn ja, was? _____ Wann? _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
12.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	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)? Wenn ja, was? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Haben Sie jemals eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten? Wenn ja, was? _____ Wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Endoskopie (z.B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung), eine Katheteranwendung, eine Operation oder eine Gewebetransplantation? Wenn ja, welche? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



<p>Über den Sexualverkehr können Infektionen, wie z.B. HIV/AIDS oder Hepatitis, übertragen werden. Direkt nach der Ansteckung mit HIV und/oder Hepatitis-Viren kann ein/e Spender*in ohne es zu wissen infiziert sein und durch ihr/sein Blut die/den Empfänger*in 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*innen Ihrer Spende.  <b>Wenn Sie eine dieser Fragen nicht beantworten möchten, besprechen Sie sich bitte mit der/dem Spendeärzt*in.</b></p>			
16.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr		
	▶ mit insgesamt mehr als zwei Personen, Analverkehr mit einer neuen Person oder Analverkehr mit mehr als einer Person?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten oder bezahlt haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitis-Viren infiziert ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat? Wenn ja, Land: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Medikamente zur Vorbeugung einer HIV-Infektion (PrEP) eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt oder geschnupft? Wenn ja, was? _____ Wann? _____	<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 ärztlich verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate, Botox, Hyaluronsäure)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.	▶ Haben Sie jemals Frischzellen bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21.	▶ Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland, in den östlichen Bundesländern oder in Norddeutschland? Wenn ja, wo? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ Sind Sie im außereuropäischen Ausland geboren? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ Haben Sie jemals länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland gelebt? Wenn ja, wo? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus oder Paratyphus), Q-Fieber, Toxoplasmose oder eine Borreliose? Wenn ja, welche? _____ 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 zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut			
25.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen oder heute am Spendetag Tabletten oder andere Medikamente eingenommen, wie z.B. Antibiotika, Schmerzmittel (auch Aspirin <sup>®</sup> , ASS), Mittel gegen Bluthochdruck oder andere? Wenn ja, welche? _____ Wann war die letzte Anwendung? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	26.	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Tabletten zur Behandlung von schweren Formen von Hautekzem, Schuppenflechte oder Akne eingenommen (z.B. Toctino <sup>®</sup> , Neo-Tigason <sup>®</sup> , Aknenormin <sup>®</sup> )? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> ja
27.	▶ Wurden Sie <b>jemals</b> gegen Hepatitis B geimpft? Wenn ja, wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, gegen welche Erkrankungen? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen			
28.	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
29.	▶ Wurden Sie vor 1996 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse behandelt, z.B. wegen Wachstumsstörungen, Endometriose, Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ Haben Sie jemals Hornhaut-, Hirnhaut- oder andere Transplantate erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30.	▶ Haben Sie sich in der Zeit zwischen dem 01.01.1980 und 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	▶ 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



## Erklärung zur Verwendung der Spende und Blutspendeerklärung

Aus Ihrer Blutspende werden drei verschiedene Produkte hergestellt: ein Erythrozytenkonzentrat (rote Blutkörperchen), ein Thrombozytenkonzentrat (Blutplättchen) und ein Plasma (Blutflüssigkeit mit Gerinnungsfaktoren). Dieses Plasma muss mindestens vier Monate (Quarantänelagerung) tiefgefroren gelagert werden und kann danach erst nach Ihrer erneuten Blutspende zur unmittelbaren Anwendung am Patienten verwendet werden.

Plasma, welches nicht zur unmittelbaren Verwendung in der Krankenversorgung verwendet werden kann (z.B. Spende nach Schwangerschaften, Medikamenteneinnahme, keine erneute Spende während der Quarantänelagerung, Überschuss) wird zum Zwecke der Herstellung von Gerinnungsfaktorenpräparaten etc. gegen Entgelt an die pharmazeutische Industrie abgegeben.

Nicht alle Bestandteile einer Blutspende sind für Patienten\*innen verwendbar. Die für die Patientenversorgung ungeeigneten oder überschüssigen Bestandteile sowie die Reste der Blutproben für die Bestimmung der Laborwerte können teilweise für die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätskontrollen, für Referenzwertbestimmungen bei Laboranalysen oder zu Forschungszwecken genutzt werden. Die Blutspendezentrale unternimmt solche Forschungen in der Regel nicht selbst; sie gibt aber derartiges Material auf Antrag an Forscher\*innen der Universität Freiburg, anderer Universitäten oder auch in- oder ausländischer Unternehmen ab. Dies geschieht ausschließlich nach Pseudonymisierung der Proben sowie nach Vorlage eines Ethikvotums einer Ethikkommission (sofern das Forschungsvorhaben ein Ethikvotum erfordert). Die Verwendung Ihrer Blutspende für die Patientenversorgung hat stets Vorrang vor der Forschung. Wenn Sie mit der Verwendung Ihres Blutes zu Forschungszwecken nicht einverstanden sind, können Sie dies unten vermerken.

**Ich versichere**, den Blutspendedienst sofort zu benachrichtigen, wenn ich innerhalb der nächsten drei Tage an einem fieberhaften Infekt oder innerhalb der nächsten vier Wochen an einer schweren akuten Erkrankung erkrankte (z.B. Gelbsucht). Falls bei mir Bedenken auftreten, dass mein Blut Patienten\*innen infizieren könnte, werde ich die/den Spendeärzt\*in konsultieren oder vom vertraulichen Selbstausschluss Gebrauch machen.

Hiermit **erkläre ich mich einverstanden**, Vollblut oder Blutkomponenten zu spenden. Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt zur Spende von Vollblut oder Blutbestandteilen vor der ersten Spende gelesen und verstanden habe und über Risiken und Nebenwirkungen von einer/einem Ärzt\*in aufgeklärt wurde. Insbesondere wurde ich über typische Spenderreaktionen wie Kreislaufreaktionen, aber auch sehr seltene Komplikationen wie punktionsbedingte Schädigung von Gefäßen und Nerven (bis hin zu bleibenden Beschwerden) aufgeklärt. Ich bin über die notwendigen Verhaltensweisen bei Begleitreaktionen der Blutspende informiert. Sollten bei mir nach der Spende Beschwerden auftreten, werde ich mich an die/den Ärzt\*in des Blutspendedienstes oder an eine/einen andere/n Ärzt\*in wenden. Ich bin darüber informiert, nach jeder Spende eine 30-minütige Ruhezeit unter Aufsicht einzuhalten und viel zu trinken. Innerhalb von 30 Minuten nach der Blutspende soll ich auf die Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr verzichten. Mir ist bekannt, dass ich keine Personenbeförderung oder gefahrgeneigte Tätigkeiten am Tag der Blutspende ausüben darf.

**Ich bin damit einverstanden**, dass mein Blut auf HIV (AIDS-Test), Hepatitis A, B, C und E, Syphilis und Parvovirus B19 sowie WNV nach Aufenthalt in WNV-Endemiegebieten untersucht und die Blutgruppe bestimmt wird.

**Ich erteile mein Einverständnis**, dass das von mir gespendete Blut bzw. dessen Bestandteile im Rahmen der Patientenversorgung des Universitätsklinikums sowie an Dritte zur Verwendung in der Krankenversorgung oder zur Herstellung von Arzneimitteln verwendet wird bzw. innerhalb der Universität Freiburg oder an Dritte zur Verwendung in der Forschung/Ausbildung weitergegeben wird, sofern ich dieser Verwendung unten nicht widersprochen habe.

Ich wünsche eine <u>erneute ausführliche Aufklärung über das Spenderisiko</u> (Neuspenderfilm und Arztgespräch).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Ich bin damit einverstanden</b> , dass die Teile meines Blutes, welche nicht für die Patientenversorgung verwendet werden können, für Forschungs-/Ausbildungszwecke eingesetzt werden können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wir möchten Ihnen mitteilen, wenn Ihre Spende einem anderen Menschen geholfen hat. Hierfür und für gelegentliche Spendenaufrufe benötigen wir Ihre <b>E-Mail-Adresse</b> . Wir versenden keinerlei Werbung. Sind Sie damit einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mein Einverständnis (bzgl. Forschung und E-Mail-Adresse) habe ich freiwillig abgegeben. Ich kann mein Einverständnis diesbezüglich jederzeit widerrufen. Entweder per E-Mail an blutspende@uniklinik-freiburg.de oder per Brief an die auf Seite 1 aufgeführte Adresse. Mir ist bekannt, dass die Verwendung meiner E-Mail-Adresse bzw. die Verwendung meines Blutes für Forschungszwecke vor dem Termin des Widerrufs, vom Widerruf unberührt und rechtens bleibt.

**Ich erkläre, dass ich alle Fragen verstanden habe, Gelegenheit hatte, alle Unklarheiten mit einer/m Ärzt\*in zu besprechen und dass ich keine weiteren Fragen habe.**

**„Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß sowie nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe, und dass alle Angaben zum Zeitpunkt der Blutspende aktuell sind. Ich bin zur Blutspende bereit und willige in die o.g. Verwendung meiner Blutspende ein.“**

Datum

Unterschrift

## Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihre Bereitschaft zur Blutspende!

<b>Von Ärztin/Arzt der Blutspendezentrale auszufüllen:</b> Ärztliche Beurteilung lässt Spenden zu?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen zur Anamnese und Untersuchung, Ablehnungsgrund:		
Datum		ärztliche Unterschrift / Stempel

Von Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Blutspendezentrale auszufüllen				
Puls:	Blutdruck:	Temperatur:	Hb-Wert:	Eintrag Messwerte (HZ):
Spenderannahme und Kontrolle FB o.k. (HZ)	Kontrolle Arzt-Unterschrift und Etikettierung o.k. (HZ)	nur falls Etikettierung/Punktion personenidentisch: Kontrolle Etikettierung o.k. (HZ)		Kontrolle Spenderidentität o.k. und Punktion (HZ)



60104693 ForManFR / 17.10.2024