

VERTRAULICHER MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Bitte alle Fragen aufmerksam lesen und ehrlich beantworten. Ihre und die Sicherheit des Empfängers sind davon abhängig.

Unsere Mitarbeiter stehen Ihnen jederzeit für Fragen zur Verfügung. Sie haben die Möglichkeit, vor dem Beginn der Blutentnahme von der Spende zurückzutreten, und Sie können die Blutspende auch jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Kolumne für den
untersuchenden
Arzt

Haben Sie die Informationen über die Blutspende, Risikoverhalten und die über das Blut übertragbaren Krankheiten erhalten, gelesen und verstanden?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
A. HABEN SIE BEREITS BLUT, PLASMA ODER PLÄTTCHEN GESPENDET ?			
> Ist Ihre letzte Spende gut verlaufen ? Datum Ihrer letzten Spende ? / /	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
B. ALLGEMEINE INFORMATIONEN			
> Fühlen Sie sich wohl und gesund ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> In welchem Land sind sie geboren, und wo haben Sie gewohnt bis zu Ihrem fünften Lebensjahr ?			
> Haben Sie zwischen 1980 und 1996 einschließlich mindestens sechs Monate (Aufenthaltszeit insgesamt) in Großbritannien und/oder Nordirland gelebt ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> Präsentieren Sie sich im Rahmen einer Hämochromatosebehandlung ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> Frage an Frauen : • Hatten Sie bereits eine Geburt, Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch ? • Besteht eine Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA	
> Werden Sie sich nach der Blutspende körperlich anstrengen, Sport treiben oder an einem Sicherheitsposten arbeiten ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
C. GAB ES BEI IHNEN SEIT IHRER GEBURT			
> eine Krebsdiagnose ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine Operation an Gehirn oder Rückenmark ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> eine Gewebetransplantation ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> eine Behandlung mit Wachstumshormonen vor 1989 ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> die Einnahme von Medikamenten gegen Akne oder Schuppenflechte ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> ein Familienmitglied mit Creutzfeld-Jakob-Krankheit ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine kardiovaskuläre Erkrankung (Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris, Infarkt,...) ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> einen Schlaganfall, epileptische Anfälle, Krämpfe ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine Bluterkrankung, Blutgerinnungsprobleme ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> schlimme Allergien, oder schwerer Asthma ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> einen oder mehrere Malaria-Schübe, eine Chagas-Erkrankung ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine andere Erkrankung, die eine medizinische Versorgung/Nachbehandlung erforderte ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
D. GAB ES BEI IHNEN - WENN SIE BEREITS BLUT GESPENDET HABEN: SEIT IHRER LETZTEN BLUTSPENDE - WENN SIE ERSTMALIG SPENDEN: SEIT IHRER GEBURT			
> einen Krankenhausaufenthalt mit allgemeiner Anästhesie, Periduralanästhesie oder Regionalanästhesie ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine Bluttransfusion ? Wenn JA: in welchem Land?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> eine sexuell übertragbaren Krankheit oder Infektion, oder eine Behandlung für eine übertragbaren Krankheit oder Infektion (AIDS/HIV, Hepatitis, Syphilis usw.) ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> eine Person in Ihrem Umfeld die an Hepatitis, AIDS oder eine andere schwere Infektionskrankheit leidet ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> einen Hautausschlag (Pickel, Plaque, Rötungen) oder einen Zeckenbiss?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> einen Aufenthalt außerhalb von Belgien (auch nur für einen Tag)? Wenn JA: in welchem Land?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> Haben oder hatten Sie eine(n) Sexualpartner(in) der(die) in den letzten 4 Monaten außerhalb Europa gereist ist ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

E. GAB ES BEI IHNEN - WENN SIE BEREITS BLUT GESPENDET HABEN: SEIT IHRER LETZTEN BLUTSPENDE - WENN SIE ERSTMALIG SPENDEN: IN DEN VERGANGENEN 4 MONATEN			
> eine Erkrankung? Wenn JA : Fieber (>38°C) ?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	
> einen Arztbesuch?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> einen Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> Einnahme von Medikamenten, selbst Aspirin? Wenn JA: welche?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine Impfung oder eine Desensibilisierungskur ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	

F. ANDERE RISIKEN TRÄGER EINER BLUTÜBERTRAGBAREN INFEKTION ZU SEIN			
---	--	--	--

> Haben Sie schon einmal Drogen auf intravenösem oder intramuskulärem Weg konsumiert?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
---	-----------------------------	-------------------------------	--

GAB ES BEI IHNEN - WENN SIE BEREITS BLUT GESPENDET HABEN: SEIT IHRER LETZTEN BLUTSPENDE - WENN SIE ERSTMALIG SPENDEN: IN DEN VERGANGENEN 4 MONATEN			
---	--	--	--

> eine Endoskopie (Magenspiegelung, Darmspiegelung, Fibroskopie, usw.)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine Behandlung mit Akupunktur oder Mesotherapie?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine Tätowierung oder ein Piercing (einschließlich Ohrringe)?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> Kontakt mit menschlichem Blut durch Stiche, Wunde oder Spritzer (beruflicher oder anderer Kontakt)?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> Konsum von Drogen auf intranasalem weg ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine(n) neue(n) Partner(in) - auch nur gelegentlich?(*)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	

HABEN SIE - WENN SIE BEREITS BLUT GESPENDET HABEN: SEIT IHRER LETZTEN BLUTSPENDE - WENN SIE ERSTMALIG SPENDEN: IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN			
---	--	--	--

> wenn Sie ein Mann sind, eine sexuelle Beziehung zu einem Mann gehabt ? (*)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> eine sexuelle Beziehung gegen Bezahlung oder andere Leistung gehabt? (*)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> gleichzeitig mehrere Sexualpartner(innen) gehabt ? (*)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> eine(n) Sexualpartner(in) gehabt der (die) außerhalb Westeuropa stammt, und weniger als 12 Monate in Belgien verweilt ? (*)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> eine(n) Sexualpartner(in) gehabt der (die) Drogen auf intravenösem oder intramuskulärem Weg konsumiert hat ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
> eine(n) Sexualpartner(in) gehabt der (die) eine sexuell übertragbare Krankheit hat (AIDS/HIV, Hepatitis, Syphilis, usw.)? (*)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
> eine(n) Sexualpartner(in) gehabt der (die) Ihrer Kenntnis nach, in den 12 letzten Monaten: : • mehr als 1 Partner(in) hatte ? (*) • eine sexuelle Beziehung hatte, gegen Bezahlung oder andere Leistung? (*) • (falls männlicher Partner) , eine sexuelle Beziehung zu einem Mann hatte? (*)	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	

(*) mit oder ohne Kondom

ICH BESTÄTIGE, DASS DIE VON MIR GEMachten ANGABEN NACH MEINEM WISSEN GENAU UND VOLLSTÄNDIG SIND			
--	--	--	--

Der Blutspendedienst hat meine Erlaubnis, mein Blut zu entnehmen, zu untersuchen und an einen oder mehreren Kranken zu übertragen.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
In bestimmten Fällen können Bestandteile meines Bluts für die medizinische oder wissenschaftliche Forschung verwendet werden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

UNTERSCHRIFT DES SPENDERS	UNTERSCHRIFT DES UNTERSUCHENDEN ARZTES
Datum / / 20	Datum / / 20

Nr. der Spende

Der Blutspendedienst sammelt administrative und medizinische personenbezogene Daten zu Blutübertragungszwecken. Die betroffenen Personen haben Zugang zu ihren Daten und haben gemäß dem Gesetz vom 8. Dezember 1992 und den diesbezüglichen Ausführungserlassen ein Berichtigungsrecht. Medizinische Auskünfte können eventuell Ihnen oder einem Arzt Ihrer Wahl mitgeteilt werden. Sie dürfen auf keinen Fall an eine andere Person weitergegeben werden.