|  |
| --- |
| Spender (Vignette) |

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieser medizinische Fragebogen hat den Zweck, bei Ihnen als potenziellem Spender eine Überprüfung Ihrer Person vorzunehmen und zugleich den Patienten zu schützen, der Ihre Stammzellen bzw. Lymphozyten empfangen wird. Es ist sehr wichtig, dass Sie alle Fragen vollkommen ehrlich beantworten. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und beantworten Sie sie nach bestem Vermögen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Haben Sie die Informationen gelesen und verstanden, und wurden alle Ihre Fragen beantwortet? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Fühlen Sie sich gesund? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Rauchen Sie?* Wenn ja, Anzahl Zigaretten am Tag: ………………………………………………………………..
 | [ ]  JA  | [ ]  NEIN |
| Trinken Sie Alkohol?* Wenn ja, wie viel am Tag: …………………………….......................................
 | [ ]  JA  | [ ]  NEIN |

Es folgen spezifischere Fragen zu Ihrer Gesundheit

**Allgemeiner Gesundheitszustand**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Waren Sie in den letzten Monaten bei einem Hausarzt oder Spezialisten?* Wenn ja, warum? ………………………………………………………………………
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurden Sie in den letzten 6 Monaten für eine Untersuchung, eine Operation, eine Endoskopie (Spiegelung) oder eine andere Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen?* Wenn ja, warum und wann? ……………………………………………………......
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals eine schwere oder bösartige Erkrankung (einschließlich Leukämie) oder einen bösartigen Tumor?* Wenn ja, welche und wann? Beschreiben Sie bitte auch die Behandlung, die Sie erhalten haben:

……………………………………………….......................................................... | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurde bei Ihnen jemals eine immunologische oder hämatologische Erkrankung festgestellt?* Wenn ja, welche? …………………………………………………………………………
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurde bei Ihnen jemals eine Gehirnoperation (Kraniotomie) vorgenommen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Nehmen Sie zurzeit Medikamente, einschließlich Vitamine, pflanzliche Mittel oder Prüfsubstanzen ein?* Wenn ja, geben Sie bitte das Medikament, die Dosis und den Grund für die Einnahme an:

1/ …………………………………………………………………………………2/ …………………………………………………………………………………3/ …………………………………………………………………………………4/ …………………………………………………………………………………5/ …………………………………………………………………………………6/ …………………………………………………………………………………7/ …………………………………………………………………………………8/ ………………………………………………………………………………… | [ ]  JA  | [ ]  NEIN |
| Nehmen Sie seit 90 Tagen oder länger Corticoide ein? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren das Medikament Neotigason eingenommen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Nehmen Sie Immunsuppressiva ein? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie eines der folgenden Symptome: |  |  |
| * Unerklärlicher Gewichtsverlust
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| * Unerklärliches nächtliches Schwitzen
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| * Unerklärlicher anhaltender Durchfall
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| * Unerklärlicher anhaltender Husten oder Kurzatmigkeit
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| * Unerklärliche erhöhte Temperatur (> 38°C)
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| * Anhaltend geschwollene Lymphknoten
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie spontan blaue Flecken oder Nasenbluten? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Bluten Sie lange, nachdem man Ihnen einen Zahn gezogen hat, oder nach einer Operation? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Gibt es in Ihrer Familie Personen mit einer erhöhten Blutungs- oder Thromboseneigung? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie eine Latex-, Arzneimittel-, Nahrungsmittel- oder andere Allergie?* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme mit Hauterkrankungen wie Ekzeme oder Psoriasis?* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme mit* dem Magen
* dem Darm
* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Sind Sie zuckerkrank?* Wenn ja, wie werden Sie behandelt? ……………………………………………………
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurden Sie in der Vergangenheit neurochirurgisch behandelt? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurden Sie in den letzten 12 Monaten in einer Notfallstation behandelt, stationär aufgenommen oder operiert?* Wenn ja, führen Sie bitte aus: …………………………………………………………………..
 | [ ]  JA  | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme bei einer Narkose oder Lokalanästhesie?* Wenn ja, führen Sie bitte aus: ……………………………………………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Blutsverwandte von Ihnen Probleme bei Narkose/Anästhesie?* Wenn ja, führen Sie bitte aus: ……………………………………………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Herz-, Gefäß- und Nierenerkrankungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hatten Sie jemals einen Schlaganfall, einen Herzinfarkt, eine Herzkrankheit oder eine Herzoperation?* Wenn ja, welche? Beschreiben Sie bitte auch die Behandlung, die Sie erhalten haben:

…………………………………………………………………….............................. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie bei Anstrengung Schmerzen, ein Druckgefühl oder Beklemmung in der Brust?* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie Herzrasen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Sind sie kurzatmig im Ruhezustand / bei Anstrengung?* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme mit schlechter Durchblutung in den Beinen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Leiden Sie unter hohem Blutdruck? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie eine Nierenerkrankung?  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie sich einer chronischen (Nieren-)Dialyse unterzogen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme mit Harnwegsinfektionen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Atemwege und Lungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hatten Sie jemals Atembeschwerden, einschließlich Asthma, Heuschnupfen, Schlafapnoe oder Kurzatmigkeit?* Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Behandlung, die Sie erhalten haben: ………………………………………………………………………………………….
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie oder jemand in Ihrer Umgebung Tuberkulose?* Wenn ja, wann: ………………………………………………………………………
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals eine Lungenembolie? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Zentrales Nervensystem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Leiden Sie an Epilepsie? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie eine degenerative Erkrankung des Nervensystems (wie fortschreitende Demenz, Alzheimer...) oder haben Sie eine andere neurologische Erkrankung (wie multiple Sklerose, Parkinson...)?* Wenn ja, welche? ………………………………………………………………………….
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals eine Hirnblutung oder eine Ischämie (Schlaganfall)?* Wenn ja, wann? ……………………………………………………………………...
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Muskeln und Gelenke**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Haben Sie eine chronische systemische Autoimmunerkrankung (wie chronische rheumatische Arthritis oder Lupus erythematosus?* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme mit Rücken, Hüfte oder Muskeln? * Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Behandlung, die Sie erhalten haben.

1/……………………………………………………………………………………2/……………………………………………………………………………………3/…………………………………………………………………………………… | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme mit steifen oder schwachen Gelenken? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme mit Knochenbrüchen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Probleme mit Knochenentkalkung? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Fragen im Zusammenhang mit Ansteckungsgefahren**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurde bei Ihnen Gewebe oder anderes Spendermaterial menschlichen Ursprungs (u. a. Hornhaut/Cornea, Trommelfell, Dura Mater (Hirnhaut) oder Gewebe tierischen Ursprungs (Xenotransplantation) eingepflanzt?* Wenn ja, führen Sie bitte aus: ……………………………………………………………………….
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurden Ihnen jemals ein Organ oder Zellen (Knochenmark, Haut, Herz, Nieren oder Leber) transplantiert?* Wenn ja, führen Sie bitte aus: ……………………………………………………………………….
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie jemals ein Organ, Gewebe oder Zellen gespendet?* Wenn ja, führen Sie bitte aus: ……………………………………………………………………….
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie in den letzten 6 Monaten Blut, Plasma oder andere Blutprodukte erhalten?* Wenn ja, welche und wann? …………………………………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurden Sie jemals als Blutspender abgelehnt?* Wenn ja, aus welchem Grund? ……………………………………………………………..
 | [ ]  JA  | [ ]  NEIN |
| Hatten oder haben Sie eine Blutgerinnungsstörung wie Hämophilie oder haben Sie jemals Gerinnungsfaktoren menschlichen Ursprungs erhalten?* Wenn ja, welche und wann? …………………………………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt mit jemandem mit Hämophilie? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Sind Sie jemals einer der folgenden Substanzen ausgesetzt gewesen: Cyanid (Blausäure), Blei, Quecksilber oder Gold?* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie sich im vergangenen Jahr tätowieren, Ohrläppchen durchstechen, ein Piercing anbringen lassen oder wurde bei Ihnen eine Akupunktur oder eine Spiegelung (Endoskopie) durchgeführt? (Kreisen Sie Zutreffendes bitte ein.)* Wenn ja, wann? .................................................................................................
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurde die Technik von einer zugelassenen Stelle (mit Lizenz) durchgeführt? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Stichverletzung erlitten oder waren Sie über eine Wunde oder Hautverletzung oder die Schleimhäute (z. B. Auge, Mund) in Kontakt mit Blut einer anderen Person?* Wenn ja, führen Sie bitte aus: …….…………………………………………………………………
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie sich im vergangenen Jahr an einer gebrauchten Nadel oder einem mit Blut beschmutzten Gegenstand verletzt?* Wenn ja, wann: ………………………………………………………………………
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie im vergangenen Jahr Drogen genommen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt gegen Geld, Drogen oder eine andere Form von Bezahlung? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| **Männliche Spender**: Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt mit einem anderen Mann? | [ ]  JA | [ ]  NEIN [ ]  N.A. |
| **Weibliche Spender**: Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt mit einem Mann, der schon einmal sexuellen Kontakt mit einem anderen Mann hatte? | [ ]  JA | [ ]  NEIN [ ]  N.A. |
| Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt mit jemandem, der in Afrika geboren wurde oder in Afrika wohnt, oder mit jemandem, der sich in Südamerika aufgehalten hat oder dort wohnt? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurde Ihnen in den letzten 4 Wochen ein Lebendimpfstoff geimpft (Polio, Herpes zoster, Masern)?* Wenn ja, welches und wann? .................................................................................
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Gelbsucht (Hepatitis)?* Wenn ja, wann? ……………………………………………………………………...
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Sind Sie in den letzten 6 Monaten mit jemandem in Kontakt gekommen, der Gelbsucht oder eine andere ansteckende Krankheit hatte?* Wenn ja, wann? ……………………………………………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurden Sie in den letzten 4 Monaten von einer Zecke gebissen? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Sind Sie in den letzten 6 Monaten in einem Gebiet gewesen, wo Malariavorsorge verlangt wird?* Wenn ja, wo? …………………………………………………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie Mittel zur Vorbeugung von Malaria eingenommen? * Wenn ja, welche Mittel? ……………………………………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals Malaria? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Sind Sie zwischen 1980 und 1996 (insgesamt) länger als sechs Monate in Großbritannien gewesen?  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie nach 1980 in Frankreich oder dem Vereinigten Königreich Blutprodukte bekommen?* Wenn ja, in welchem Land und wann? ………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie sich in den letzten fünf Wochen in einem anderen Land als Belgien aufgehalten?* Wenn ja, in welchem Land? ...........................................................................................
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie sich in den letzten drei Jahren außerhalb von Europa aufgehalten?* Wenn ja, in welchem Land und wann? ……………………………………………………
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Waren Sie jemals in Mittel- oder Südamerika? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Sind Sie möglicherweise in letzter Zeit mit jemandem in Kontakt gekommen, der sich in einem Risikogebiet für Ebola oder Zika aufgehalten hat?* Wenn ja, wann: ………………………………………………………………………
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Meinen Sie, dass Sie sexuelle Kontakte gehabt haben, mit denen Sie dem Risiko ausgesetzt sind, sich mit dem HIV-Virus zu infizieren? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Leiden Sie an HIV, Virushepatitis B oder C oder dem humanen T-lymphotropen Virus (HTLV) oder wird solches vermutet?* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurden Sie jemals positiv auf Syphilis oder eine andere Geschlechtskrankheit getestet oder wurden Sie dagegen behandelt? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Wurden Sie jemals mit Wachstumshormonen (vor 1985) oder mit Hypophysenhormonen menschlichen Ursprungs behandelt?Wenn ja, wann und mit welchen? ……………………………………………………………. | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Leiden Sie an einer Sepsis (verursacht durch Bakterien, Viren, Pilze oder Parasiten)? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Hatten Sie jemals die Chagas-Krankheit und/oder wurden Sie positiv auf Trypanosoma cruzi getestet? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Waren Sie jemals mit dem West-Nil-Virus infiziert? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Überempfindlichkeit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reagieren Sie überempfindlich auf Arzneimittel, Jod, Röntgenkontrastmittel oder andere Mittel? * Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Familienanamnese**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten?* Wenn ja, welche: …………………………………………………………………………..
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Haben Sie oder jemand aus Ihrer Familie die Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (Rinderwahnsinn) oder eine Variante dieser Krankheit, Gertsmann-Scheinker oder die tödliche familiäre Schlaflosigkeit?* Wenn ja, kreisen Sie das Zutreffende bitte ein.
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Weibliche Spender** (männliche Spender: nicht anwendbar[ ] )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Haben Sie Kinder?* Wenn ja, wie viele? ……………………………………………………………………….
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Waren Sie in den letzten 9 Monaten schwanger? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Stillen Sie? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Ist es möglich, dass Sie derzeit schwanger sind? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Planen Sie in den folgenden 6 Monaten eine Schwangerschaft? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Verhüten Sie? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

**Allgemein**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gibt es sonst noch Dinge bezüglich Ihrer Gesundheit, die in diesem Fragebogen nicht aufgeführt sind und von denen Sie denken, dass sie wichtig sind?* Wenn ja, führen Sie bitte aus: ……………………………………………………………………….
 | [ ]  JA | [ ]  NEIN |

Ich erkläre, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

***Name und Vorname des Spenders*** ***Name und Vorname des Arztes***

*Nationalregisternummer / Personalausweisnummer:*

*Unterschrift* *Unterschrift*

*Ort:* *Ort:*

*Datum:*   *Datum:*