

Blutspendezentrale Haus Langerhans

Hugstetter Str. 55 • 79106 Freiburg
Tel: 0761/270-3472 od. 270-3478
Fax: 0761/270-3295
e-mail: blutspde@ukl.uni-freiburg.de
Terminvereinbarung für Eigenblutspende: 0761/270-7335



UNIVERSITÄTS
FREIBURG KLINIKUM

Zentrale Einrichtung Transfusionsmedizin

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bei Ihrem Patienten wurde seitens des Operators die Indikation zur Eigenblutspende gestellt. Die EBS ist Teil der prästationären Behandlung, Laborleistungen und spezielle Untersuchungen brauchen Sie nicht durchzuführen. Wir bitten Sie jedoch um Angaben zum Gesundheitsstatus Ihres Patienten, um das Blutspenderisiko besser beurteilen zu können. Sofern Ihnen spezielle fachärztliche Befunde vorliegen, bitten wir um Kopie der selben.

Arztfragebogen zur Vorbereitung der Eigenblutspende (EBS)

Patientendaten	(Bitte Druckbuchstaben oder Patientenetikett)
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

NEIN JA

Bestehen Vorerkrankungen (Falls NEIN, keine weiteren Angaben erforderlich)

1. Kardiovaskuläre Erkrankungen

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|
| KHK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Z.n. Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (Bitte kardiologische Befunde beifügen) |
| Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| Vitium | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (Bitte näheres) |
| Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (Bitte näheres) |
| Z.n. Synkope | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| cerebrale DBS / Z.n Apoplex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| art. Hypertonie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Einschränkung der pulmonalen Leistungsfähigkeit (Bitte näheres)

3. Hämostasestörung / hämatologische Erkrankung (Bitte näheres)

4. weitere von Ihnen als relevant eingestufte Informationen zu Ihrem Patienten (Bitte näheres rückseitig)

Apparative Untersuchungen und Laborleistungen müssen für die EBS nicht gesondert erbracht werden. Positive HIV- oder Hepatitisserologie stellt eine Kontraindikation für die EBS dar. Falls Sie früher einen solchen Test bei Ihrem Patienten durchgeführt haben, bitten wir um Mitteilung - bitte schicken Sie Ihren Patienten in Falle eines positiven Tests nicht zur EBS.

- EKG *ohne pathologischen Befund* (Falls NEIN, Bitte näheres)
- HIV- und Hepatitisserologie *negativ*

Datum

Unterschrift und Praxisstempel (Hausarzt)

Wir bedanken uns für Ihre kollegiale Mitarbeit.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter den o.g. Telefonnummern zur Verfügung.