

## Fragebogen für Patienten zur Vorbereitung von Eigenblutspende/Aderlass

Sehr geehrte/r Eigenblutspender/in, wir bitten Sie in diesem Fragebogen um Angaben zu Ihrer Gesundheit, um das Blutspende-Risiko beurteilen zu können. Ihr Hausarzt wird mittels eines separaten Fragebogens gebeten, Angaben zu Ihrem Gesundheitsstatus zu machen. Laborleistungen und spezielle Untersuchungen sollen nicht erfolgen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Diagnose/geplante Operation: \_\_\_\_\_

OP-Datum: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

	JA	NEIN
1. Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fühlen Sie sich völlig gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie jemals Blut gespendet? Wenn ja, hatten Sie Schwierigkeiten dabei oder danach und welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie in der letzten 4 Woche gegen Hepatitis (Leberentzündung) geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung oder Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie jemals einen positiven Hepatitis- und/oder HIV/AIDS-Test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Erkältung, Durchfall oder einen fieberhaften Infekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine offene oder infizierte Wunde, Verletzung oder Zeckenstich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie in der letzten Woche eine Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Leiden Sie an einer chronisch-entzündlichen oder bakteriellen Erkrankung? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Leiden Sie an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Treten bei Ihnen Beschwerden wie "Druck auf der Brust" o. "in den Arm ausstrahlende Schmerzen" auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hatten Sie schon einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie an Angina pectoris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragebogen für Patienten zur Vorbereitung von Eigenblutspende/Aderlass

	JA	NEIN
16. Haben Sie eine Erkrankung der Herzkranzgefäße oder Herzklappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert oder hatten Sie eine Herzkatheter-Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Leiden Sie an Herzschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie abends dicke Beine und/oder müssen Sie nachts zur Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Leiden Sie an Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hatten Sie Bewusstlosigkeitszustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Leiden Sie an Durchblutungsstörungen des Gehirns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Leiden Sie an Erkrankungen der Lunge oder tritt bei Ihnen Atemnot auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Leiden Sie an Erkrankungen des Blutes oder haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sind Sie zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Leiden Sie an Epilepsie oder Krampfanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Leiden Sie an einer psychiatrischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Haben Sie "schlechte Venen" oder treten Schwierigkeiten beim Blutabnehmen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sind Sie gehbehindert oder leiden Sie an einer orthopädischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Haben Sie eine Begleitperson zur Eigenblutspende mitgebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Müssen Sie nach der Eigenblutspende selbst ein KFZ führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Haben Sie den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Spender(in)

### Von Ärztin / Arzt der Blutspendezentrale auszufüllen!

Bemerkungen zur Anamnese und Untersuchung, Ablehnungsgrund:	JA	NEIN
Ärztliche Beurteilung lässt Spenden zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Datum		_____ ärztliche Unterschrift / Stempel

### Von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der Blutspendezentrale auszufüllen!

Spenderannahme und Kontrolle FB o.k. (HZ)	Puls	Blutdruck	Temperatur	Hb-Wert	Eintrag Messwerte (HZ)

Titel: Fragebogen für Patienten zur Vorbereitung von Eigenblutspende/Aderlass

Geltungsbereich:  
BSZ-202-FB10-B  
ITG UKL Freiburg

Hinweise:  
gültig ab 15.09.2018  
ersetzt: Ausgabe A  
vom: 20.06.2009

Verfasser:  
Dr. M. Umhau

Geprüft und freigegeben am: 31.08.2018  
Dr. M. Umhau  
Funktion: ALSE  
Unterschrift:

Seite 2 von 2

Ein Ausdruck dieses elektronischen Dokuments ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder Mitarbeiter ist selbst dafür verantwortlich, dass seine Kopie mit der aktuellen Version übereinstimmt.