

Konserven-Barcode

Titel, Familienname		Früherer Familienname	
Vorname		Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Straße/Nr./Stiege/Tür			
PLZ	Ort		
Telefon	E-Mail		

Datum:	RR mmHg: <input type="checkbox"/> WNV-Test	Puls/min: <input type="checkbox"/> Kein TK	Temp. °C: HB g/dl:	Lichtbildausweis: Punktion: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Bemerkungen:				

1	Fühlen Sie sich gesund ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2	Wiegen Sie über 50 kg?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3	Haben Sie schon einmal Blut, Blutplättchen oder Blutplasma oder Doppel-Erythrozyten gespendet? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, haben Sie diese bisherigen Spenden gut vertragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4	<u>Weibliche Spender:</u> Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate schwanger oder stillen Sie? Wenn ja, bis wann waren Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5	<u>Weibliche Spender:</u> Haben Sie jemals ein Kind geboren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung oder im Krankenstand oder auf Rehabilitation/Kur? Wenn ja, seit wann und warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7	Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Welche und wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente (z.B. Schmerzmittel, Antibiotika, Hormone) eingenommen oder Injektionen bekommen? Wenn ja, welche und wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Medikament gegen Akne (z.B. Isotretinoin, Ciscutan...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	oder Medikamente, die eine Virusinfektion (z.B. mit HIV) verhindern sollen, eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie in den letzten 3 Jahren das Medikament Acitretin (z.B. Neotigason, Keracutan...) wegen Hauterkrankungen eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9	Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen einer zahnärztlichen Behandlung oder einem kleineren chirurgischen Eingriff (z.B. Muttermal-Entfernung) unterzogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10	Wurden Sie innerhalb der letzten 4 Wochen geimpft (auch Schluckimpfungen)? Wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11	Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine passive Impfung (z.B. nach Tierbiss gegen Tollwut) erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12	Konsumieren Sie Drogen (auch Partydrogen wie Ecstasy)? Verwenden Sie Alkohol oder Medikamente in missbräuchlicher Weise?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13	Haben Sie sich jemals Drogen gespritzt oder diese geschnupft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14	Haben Sie sich jemals Präparate für den Muskelaufbau gespritzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15	Leiden Sie aktuell an einer Allergie oder lassen Sie derzeit eine Desensibilisierung durchführen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16	Haben Sie derzeit entzündliche offene Hautstellen oder Hautausschlag, Fieberblasen , Bläschen im Mund oder an anderen Körperstellen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17	Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Zeckenstich ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen banalen Infekt (z.B. Husten, Schnupfen), einen fieberhaften Infekt (Fieber über 38°C) oder Durchfall oder Kontakt zu Personen mit Infektionskrankheiten (z.B. Grippe, Masern, Mumps...)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19	Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren (auch Permanent Make up), piercen , ins Ohr stechen oder akupunktieren lassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, war das in einer medizinischen Einrichtung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

20	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten einen Kontakt mit Fremdblut?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten unklares Fieber, Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß oder unklaren Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22	Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus oder in einer medizinischen Einrichtung (z.B. schwerer Unfall, größere Operation, Magen- oder Darmspiegelung , Endoskopie, Therapie über zentralen Venenzugang, Verweilkatheter)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23	Hatten Sie in den letzten 6 Monaten engen Kontakt zu Personen (z.B. Lebensgemeinschaft oder familiäre Pflege), die an Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis oder Tuberkulose leiden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24	Haben oder hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Kollapsneigung, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombosen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
25	Leiden oder litten Sie an einer chronischen Magen/Darmerkrankung, Atemwegserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Diabetes, Epilepsie, Krebs , Nierenerkrankung, Rheuma, Osteomyelitis, neurologische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
26	Haben Sie jemals Blutkonserven und/oder Gerinnungsfaktoren erhalten? Wenn ja, wann und warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
27	Waren Sie in den letzten 6 Monaten außerhalb von Österreich? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
28	Wurden Sie außerhalb von Europa geboren oder haben Sie sich jemals länger als durchgehend 6 Monate außerhalb Europas aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
29	Waren Sie in den letzten 4 Wochen in einem Westnil-Virus -Infektionsgebiet wie z.B. in einem aktuellen europäischen Risikogebiet (z.B. Ostösterreich, Ungarn, Norditalien) oder USA, Kanada?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
30	Hatten Sie eine der folgenden Infektionen: HIV, Leberentzündung (Hepatitis), Syphilis, Chagas-Krankheit, Dengue-Fieber, Leishmaniose, Lepra, Babesiose, HTLV-I/II, Rickettsiose, Schlafkrankheit, Malaria oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
31	Waren Sie in den letzten 2 Jahren an Tuberkulose, Q-Fieber, Brucellose, Borreliose oder in den letzten 6 Monaten an Toxoplasmose, Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber) erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
32	Wurde bei Ihnen oder einem Familienangehörigen jemals die Creutzfeldt-Jakob'sche Erkrankung oder eine andere von Prionen verursachte Erkrankung (vCJD) vermutet oder festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
33	Haben Sie sich zwischen 1980 und 1996 insgesamt mehr als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten? Haben Sie nach 1980 in diesem Land Blutkonserven oder Gerinnungsfaktoren erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
34	Wurden Sie vor 1990 mit Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenextrakt behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
35	Haben Sie sich einer stereotaktischen Operation (Gehirneingriff mittels Sonde) unterzogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
36	Wurden Ihnen jemals Organe oder menschliches/tierisches Gewebe übertragen (z.B. Hornhaut-, Gehirnhauttransplantat, Herzklappen, Knochen, Knorpel oder Frischzellen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
37	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine/n Sexualpartner:in, die/der an einer sexuell übertragbaren Infektion erkrankt ist (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
38	Hatten Sie in den letzten 3 Monaten mehr als 3 Sexualpartner:innen oder Sex mit einer Person, bei der Sie wissen oder annehmen müssen, dass diese in den letzten 3 Monaten mehr als 3 verschiedene Sexualpartner:innen hatte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
39	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen ungeschützten (auch einmaligen) Sexkontakt mit neuen Sexualpartner:innen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bin damit einverstanden, dass mir Blut und Blutbestandteile entnommen werden. Das Blut wird zur Herstellung von Blutprodukten verwendet und auf verschiedene Krankheiten und gesundheitsrelevante Blutwerte (wie z.B. HIV) getestet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Restmaterial der Blutspende kann für wissenschaftliche Zwecke und zur Entwicklung neuer Testmethoden verwendet werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Hinweise auf mögliche Infektionskrankheiten (z.B. AIDS), Blutspendekomplikationen und den „freiwilligen Selbstausschluss“ (siehe Spenderinformation und Spenderaufklärung) habe ich erhalten, gelesen und verstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin über Spenderrisiken im Rahmen der Blutspende aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und meine Fragen wurden zur Gänze beantwortet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme ausdrücklich zu, dass das Österreichische Rote Kreuz mich schriftlich, telefonisch, per SMS bzw. per E-Mail über Aktivitäten im Zusammenhang mit Blutspendeaktionen informiert. Ich kann diese Zustimmung jederzeit per E-Mail an blutspendedienst@st.rotekreuz.at oder telefonisch unter 0800 190 190 widerrufen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich versichere, dass bei mir keiner der in der Blutspenderinformation genannten Risikofaktoren vorliegt. Es ist mir bewusst, dass Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis B, Hepatitis C) durch mein Blut übertragen werden können.

Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die im Rahmen meiner Spende erhobenen Daten, die erhobenen Blutbefunde sowie der Gesundheitsfragebogen unter Berücksichtigung des Datenschutzes sowie weiterer gesetzlicher Grundlagen (insb. Blutsicherheitsgesetz, Blutspenderverordnung) sowohl bei den vom Österreichischen Roten Kreuz betriebenen Blutspendeeinrichtungen als auch bei der jeweiligen Blutbank des Krankenhauses verarbeitet und von diesen zu den im Datenschutzblatt angeführten Zwecken übermittelt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich frühestens 30 Minuten nach der Blutspende aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf. Sollten sich bei mir innerhalb der nächsten 14 Tage Symptome einer Erkrankung zeigen, muss ich sofort die Blutspendeeinrichtung davon verständigen.

Ich habe die datenschutzrechtlichen Informationen zur Blutspende und die Informationen zur Forschung, welche beim Blutspendedienst sichtbar zur freien Entnahme aufliegen, erhalten.

spendetauglich

ja nein

Datum / Unterschrift Spender:in

Datum / Unterschrift Freigabe