

**BLUT  
SPENDEN  
RETTET  
LEBEN**

Aus Liebe zum Menschen.



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

VORARLBERG

Nachname		Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J			
Vorname		Geschlecht	w	/	m	/	d	/	i	/	o	/	k.A.
Straße		Nr			Top								
Postleitzahl		Ort											
Telefon													
E-Mail													

## GESUNDHEITSPRAGEBOGEN

SPENDETAUGLICHKEIT (VOM BLUTSPENDETEAM AUSZUFÜLLEN)				SPENDEN-ETIKETT
<input type="checkbox"/> ERSTSPENDER	<input type="checkbox"/> MEHRFACHSPENDER	NA? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
BEMERKUNGEN:		PARAPHE:		UNTERSCHRIFT ABNEHMER:IN
BG:	RR:	PULS:	Hb:	

- 1 Fühlen Sie sich **gesund**?  JA  NEIN
- 2 Wiegen Sie mindestens 50 kg?  JA  NEIN
- 3 Haben Sie schon einmal Blut, Blutplättchen oder Blutplasma oder Doppel-Erythrozyten gespendet?  
Wenn ja, wann zuletzt?  JA  NEIN  
Wenn ja, haben Sie diese bisherigen Spenden gut vertragen?  JA  NEIN
- 4 Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate **schwanger** oder stillen Sie?  
Wenn ja, bis wann waren Sie schwanger?  JA  NEIN
- 5 Haben Sie jemals ein Kind geboren?  JA  NEIN
- 6 Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Welche und wann zuletzt?  JA  NEIN  
Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente (z.B. Schmerzmittel, Antibiotika, Hormone) eingenommen oder Injektionen bekommen? Wenn ja, welche und wann zuletzt?  JA  NEIN
- 7 Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Medikament gegen Akne (z.B. Isotretinoin, Ciscutan...) oder Medikamente, die eine Virusinfektion (z. B. mit HIV) verhindern sollen, eingenommen?  JA  NEIN  
Oder haben Sie in den letzten 3 Jahren das Medikament Acitretin (z.B. Neotigason, Keracutan...) wegen Hauterkrankungen eingenommen?  JA  NEIN
- 8 Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen einer zahnärztlichen Behandlung oder einem kleineren chirurgischen Eingriff (z.B. Muttermal-Entfernung) unterzogen?  JA  NEIN
- 9 Wurden Sie innerhalb der letzten 4 Wochen **geimpft** (auch Schluckimpfungen)? Wenn ja, wogegen?  JA  NEIN
- 10 Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine passive Impfung (z. B. nach Tierbiss gegen Tollwut) erhalten?  JA  NEIN
- 11 Verwenden Sie Alkohol oder Medikamente in missbräuchlicher Weise?  JA  NEIN
- 12 Haben Sie in den letzten 4 Wochen Drogen (auch Partydrogen) geraucht, geschnupft oder eingenommen?  JA  NEIN
- 13 Haben Sie sich jemals Drogen oder nicht ärztlich verordnete Muskelaufbaupräparate gespritzt?  JA  NEIN
- 14 Leiden Sie aktuell an einer **Allergie** oder lassen Sie derzeit eine **Desensibilisierung** durchführen?  JA  NEIN
- 15 Haben Sie derzeit entzündliche offene Hautstellen oder **Hautausschlag**, **Fieberblasen**, Bläschen im Mund oder an anderen Körperstellen?  JA  NEIN
- 16 Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen **Zeckenstich**?  JA  NEIN
- 17 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...)?  JA  NEIN
- 18 Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten außerhalb einer medizinischen Einrichtung **tätowieren** (auch **Permanent Make up**), **piercen**, **ins Ohr stechen** oder akupunktieren lassen?  JA  NEIN
- 19 Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Kontakt mit Fremdblut über Schleimhäute oder durch Verletzungen (z.B. Nadelstich)?  JA  NEIN

20	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten unklares Fieber, Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß oder unklaren Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
21	Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus oder in einer medizinischen Einrichtung (z.B. schwerer Unfall, größere Operation) oder hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Magen- oder Darmspiegelung oder Endoskopie?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
22	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten engen pflegerischen Kontakt zu Personen mit Hepatitis B, Hepatitis C oder HIV oder leben Sie im selben Haushalt mit einer an Hepatitis B erkrankten Person?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
23	Haben oder hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Kollapsneigung, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombosen)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
24	Leiden oder litten Sie an einer chronischen Magen/Darmerkrankung, Atemwegserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Stoffwechselstörung wie z.B. Diabetes, Epilepsie, Krebs, Nierenerkrankung, Rheuma, Osteomyelitis, neurologischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
25	Haben Sie jemals Blutkonserven und/oder Gerinnungsfaktoren erhalten? Wenn ja, wann und warum?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
26	Waren Sie in den letzten 6 Monaten außerhalb von Österreich? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
27	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
28	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
29	Hatten Sie eine der folgenden Infektionen: HIV, Leberentzündung (Hepatitis), Syphilis, Chagas-Krankheit, Dengue-Fieber, Leishmaniose, Lepra, Babesiose, HTLV-1/2, Rickettsiose, Schlafkrankheit, Malaria oder andere?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
30	Hatten Sie jemals eine Malaria Erkrankung oder hatten Sie jemals während oder nach einem Auslandsaufenthalt unklare Fieberschübe oder sonstige Hinweise auf Malaria?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
	Waren Sie in den letzten 2 Jahren an Tuberkulose, Q-Fieber, Brucellose, Borreliose (Rheumatischem Fieber) oder in den letzten 6 Monaten an Toxoplasmose, Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber) erkrankt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
31	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
32	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
33	Wurden Sie vor 1990 mit Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenextrakt behandelt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
34	Haben Sie sich einer stereotaktischen Operation (Gehirneingriff mittels Sonde) unterzogen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
35	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
36	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
37	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
38	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen ungeschützten (auch einmaligen) Sexualkontakt 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
	Ich habe die Hinweise auf die Übertragbarkeit von Infektionskrankheiten durch Blutprodukte, Komplikationen der Blutspende und den freiwilligen Selbstausschluss (siehe Information und Aufklärung zur Blutspende) 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 <a href="mailto:blutbank@v.roteskreuz.at">blutbank@v.roteskreuz.at</a> oder telefonisch unter +43 5522 73275 500 widerrufen.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

**ERKLÄRUNG**

- Ich versichere, dass bei mir keiner der in der Information und Aufklärung zur Blutspende 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 Blutspenderfragebogen unter Berücksichtigung des Datenschutzes sowie weiterer gesetzlicher Grundlagen (insb. Blutsicherheitsgesetz, Blutspenderverordnung) sowohl bei den vom Österreichischen Roten Kreuz betriebenen Blutspendeinrichtungen als auch bei der jeweiligen Blutbank des Krankenhauses verarbeitet und von diesen zu den im Datenschutzbild 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 Blutspendeinstitution davon verständigen.
- Ich habe die datenschutzrechtlichen Informationen zur Blutspende, welche beim Blutspendedienst sichtbar zur freien Entnahme aufliegen, erhalten.

☎ 0800-190 190 für Fragen zur Blutspende

<b>SPENDETAUGLICH</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<b>Blutspendeteam Unterschrift und Freigabe</b>	<b>Spender:in Datum und Unterschrift</b>
--	---	--