

Anamnesebogen

Persönliche Daten (von SpenderIn auszufüllen)

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen:



Titel/ Familiennamen:		Früherer Familiennamen:	
Vorname:		Geburtsdatum: TTMMJJJJ	
Adresse/Nr./ Stiege/Tür:		SV-Nr.:	
PLZ:		Ort:	
Tel.:		E-Mail:	

Version 19/1-01.01.2019

Konserven-Barcode

„Freiwilliger Selbstausschluss“ (siehe Informationsbogen)
(Bitte kleben Sie hier den zutreffenden Barcode-Aufkleber ein.)

Spender-Untersuchung					Amtl.Lichtbildausweis:			
Datum	RR mmHg	Puls/min	Temp. °C	Hb g/dl	spendetauglich	WNV-Test	kein TK	Punktion
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
Bemerkung:								

		ja	nein
1	Fühlen Sie sich gesund?		
2	Wiegen Sie über 50 kg?		
3	Haben Sie schon einmal Blut, Blutplättchen oder Blutplasma gespendet?		
	Wenn ja, war das innerhalb der letzten 8 Wochen?		
	Wenn ja, haben Sie diese bisherigen Spenden gut vertragen?		
4	Weibliche Spender: Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate schwanger oder stillen Sie?		
	Haben Sie jemals ein Kind geboren?		
5	Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung oder im Krankenstand ? Wenn ja, seit wann, warum?		
	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen oder Injektionen bekommen? Wenn ja, welche und wann zuletzt?		
	Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Medikament gegen Akne (z.B. Isotretinoin, Ciscutan) eingenommen? Oder in den letzten 3 Jahren Acitretin (z.B. Neotigason, Keracutan)?		
	Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen einer zahnärztlichen Behandlung oder einem kleineren chirurgischen Eingriff (z.B. Muttermal-Entfernung) unterzogen?		
6	Wurden Sie innerhalb der letzten 4 Wochen geimpft (auch Schluckimpfungen)? Wenn ja, wogegen?		
	Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Immunglobulin (passive Impfung) erhalten?		
7	Verwenden Sie Drogen, Alkohol oder Medikamente in missbräuchlicher Weise?		
8	Leiden Sie aktuell an einer Allergie oder lassen Sie derzeit eine Desensibilisierung durchführen?		
9	Haben Sie derzeit entzündliche offene Hautstellen oder Hautausschlag, Fieberblasen , Bläschen im Mund oder anderen Körperregionen?		
10	Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Zeckenbiss ?		
11	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall oder einen fieberhaften Infekt (Fieber über 38 °C) oder Kontakt zu Personen mit Infektionskrankheiten (z.B. Grippe, Masern, Mumps)?		
12	Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren oder piercen oder ein Permanent Make up anfertigen lassen?		
13	Wurden Sie in den letzten 4 Monaten außerhalb einer medizinischen Einrichtung akupunktiert oder in das Ohr gestochen? Hatten Sie eine Schnitt- oder Stichverletzung mit „verunreinigten“ medizinischen Instrumenten?		
14	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten unklares Fieber, Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß oder unklaren Gewichtsverlust?		

15	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)?		
16	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten engen infektionsgefährdeten Kontakt zu Personen (z.B. Lebensgemeinschaft oder familiäre Pflege), die an Hepatitis B, Hepatitis C, HIV oder Tuberkulose leiden?		
17	Hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombosen)?		
18	Leiden oder litten Sie an einer chronischen Magen-Darm-Erkrankung, Asthma, Autoimmunerkrankung, Blutungsneigung, Diabetes, Epilepsie, Krebs , Nierenerkrankung, Rheuma, Osteomyelitis, neurologische Erkrankung?		
19	Haben Sie jemals Blutkonserven und/oder Gerinnungsfaktoren erhalten? Wenn ja, wann?		
20	Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland ? (Tagesausflüge oder Einkaufsfahrten in das benachbarte Grenzgebiet müssen hier nicht angeführt werden.) Wenn ja, wo?		
	Sind Sie in einem Malariagebiet geboren oder haben Sie sich dort jemals länger als durchgehend 6 Monate aufgehalten?		
	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, Mexiko, Kanada, Israel?		
21	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?		
22	Waren Sie in den letzten 2 Jahren an Tuberkulose, Q-Fieber, Toxoplasmose, Brucellose, Borreliose oder in den letzten 6 Monaten an Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber) erkrankt?		
23	Wurde bei Ihnen oder einem Familienangehörigen jemals die Creutzfeldt-Jakob'sche Erkrankung oder eine andere von Prionen verursachte Erkrankung (vCJD) vermutet oder festgestellt?		
24	Haben Sie sich zwischen 1980 und 1996 insgesamt mehr als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten? Wurden Sie nach 1980 in diesem Land operiert? Haben Sie nach 1980 in diesem Land Blutkonserven oder Gerinnungsfaktoren erhalten?		
25	Wurden Sie vor 1990 mit Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenextrakt behandelt?		
26	Haben Sie sich einer stereotaktischen Operation (Gehirneingriff mittels Sonde) unterzogen?		
27	Sind Sie Empfänger von Organ-, Gewebe-, Hornhaut- oder Gehirnhaut-Transplantaten?		
28	Hatten Sie Sex im Austausch für Geld oder Drogen? Haben Sie (sich) Drogen gespritzt oder geschnupft?		
	Waren Sie jemals einem (auch einmaligen) Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV) durch Intimpartner mit Risikoverhalten ausgesetzt? Z.B.: Hatten Sie als Mann Sex mit einem anderen Mann? Hatten Sie Geschlechtsverkehr mit Personen aus Ländern mit einer erhöhten AIDS-Rate? Bitte beachten Sie die aufliegende Information über HIV und den freiwilligen Selbstausschluss.		

	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.		
	Restmaterial der Blutspende kann für wissenschaftliche Zwecke und zur Entwicklung neuer Testmethoden verwendet werden.		
	Die Hinweise auf mögliche Infektionskrankheiten (z.B. AIDS), Blutspendekomplikationen und den „freiwilligen Selbstausschluss“ (siehe Spenderinformation) habe ich erhalten, gelesen und verstanden.		
	Ich bin über Spenderrisiken im Rahmen der Blutspende aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und meine Fragen wurden zur Gänze beantwortet.		
	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.roteskreuz.at oder telefonisch unter +43 50 144 5-10301 widerrufen.		

Erklärung: 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 Blutspenderfragebogen 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, werde ich sofort die Blutspendeeinrichtung davon verständigen. Ich habe die datenschutzrechtlichen Informationen zur Blutspende, welche beim Blutspendedienst sichtbar zur freien Entnahme aufliegen, erhalten.