



8	Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen einer zahnärztl. Behandlung oder einem kleineren chirurgischen Eingriff (z.B. Muttermal-Entfernung) unterzogen?	J	N
9	Wurden Sie innerhalb der letzten 4 Wochen geimpft (auch Schluckimpfungen)? Wenn ja, wogegen?	J	N
10	Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine passive Impfung (z.B. nach Tierbiss gegen Tollwut) erhalten?	J	N
11	Verwenden Sie Alkohol oder Medikamente in missbräuchlicher Weise?	J	N
12	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Drogen (auch Partydrogen) geraucht, geschnupft oder eingenommen?	J	N
13	Haben Sie sich jemals Drogen oder nicht ärztlich verordnete Muskelaufbaupräparate gespritzt?	J	N
14	Leiden Sie aktuell an einer Allergie oder lassen Sie derzeit eine Desensibilisierung durchführen?	J	N
15	Haben Sie derzeit entzündliche offene Hautstellen oder Hautausschlag, Fieberblasen, Bläschen im Mund oder an anderen Körperstellen?	J	N
16	Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Zeckenstich?	J	N
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...)?	J	N
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?	J	N
19	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Kontakt mit Fremdblut über Schleimhäute oder durch Verletzungen (z.B. Nadelstich)?	J	N
20	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten unklares Fieber, Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß oder unklaren Gewichtsverlust?	J	N
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?	J	N
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?	J	N
23	Haben oder hatten Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung (Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Kollapsneigung, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombosen)?	J	N
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?	J	N
25	Haben Sie jemals Blutkonserven und/oder Gerinnungsfaktoren erhalten? Wenn ja, wann und warum?	J	N
26	Waren Sie in den letzten 6 Monaten außerhalb von Österreich? Wenn ja, wo?	J	N
27	Wurden Sie außerhalb von Europa geboren oder haben Sie sich jemals länger als durchgehend 6 Monate außerhalb Europas aufgehalten?	J	N
28	Waren Sie in den letzten 4 Wochen in einem Westnil-Virus-Infektionsgebiet wie z.B. in einem aktuellen europäischen Risikogebiet oder USA/Kanada?	J	N
29	Hatten Sie eine der folgenden Infektionen: HIV, Leberentzündung (Hepatitis), Syphilis, Chagas-Krankheit, Dengue-Fieber, Leishmaniose, Lepra, Babesiose, HTLV-I/II, Rickettsiose, Schlafkrankheit oder andere?	J	N
30	Hatten Sie jemals eine Malaria-Erkrankung oder hatten Sie jemals während oder nach einem Auslandsaufenthalt unklare Fieberschübe oder sonstige Hinweise auf Malaria? 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?	J	N
31	Wurde bei Ihnen oder einem Familienangehörigen jemals die Creutzfeldt-Jakob'sche Erkrankung oder eine andere von Prionen verursachte Erkrankung (vCJD) vermutet oder festgestellt?	J	N
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?	J	N
33	Wurden Sie vor 1990 mit Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenextrakt behandelt?	J	N
34	Haben Sie sich einer stereotaktischen Operation (Gehirneingriff mittels Sonde) unterzogen?	J	N
35	Wurden Ihnen jemals Organe oder menschliches/tierisches Gewebe übertragen (z.B. Hornhaut-, Gehirnhauttransplantat, Herzklappen, Knochen, Knorpel oder Frischzellen)?	J	N
36	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten einen Sexualpartner:in, die/der an einer sexuell übertragbaren Infektion erkrankt ist (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis)?	J	N
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?	J	N
38	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen ungeschützten (auch einmaligen) Sexualkontakt mit neuen Sexualpartner:innen?	J	N
	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.	J	N
	Restmaterial der Blutspende kann für wissenschaftliche Zwecke und zur Entwicklung neuer Testmethoden verwendet werden.	J	N
	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.	J	N
	Ich bin über Spenderisiken im Rahmen der Blutspende aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und meine Fragen wurden zur Gänze beantwortet.	J	N
	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 datenschutz@roteskruz.at oder telefonisch unter 0800 190 190 widerrufen.	J	N

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 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, welche beim Blutspendedienst sichtbar zur freien Entnahme aufliegen, erhalten.