



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

- Bitte lesen Sie zuerst die Spenderinformation.
- Füllen Sie den Fragebogen zeitnah zur Blutspende aus, nachdem Sie die Spenderinformation gelesen haben.
- Beantworten Sie die Fragen des Fragebogens.

BLUTSPENDEZENTRALE FÜR WIEN, NIEDERÖSTERREICH UND BURGENLAND

Wiedner Hauptstraße 32, 1040 Wien
 ☎ 0800 190 190 oder +43 (1) 58900-0
 📧 www.blut.at | ✉ servicecenter@roteskruz.at
 ZVR: 432857691, DVR: 0416061

Angaben zum Spender/zur Spenderin: Bitte in BLOCKBUCHSTABEN schreiben (Ä=Ă, Ö=Û, Ü=Ü)

Familiennamen frühere Familiennamen

Vorname akadem. Titel Sozialvers. Nr. *) Geburtsdatum Geschlecht

Wohnadresse: Straße Nummer / Stiege / Tür

Postleitzahl Ort Blutspendeausweis-Nr.

Telefonnummer Festnetz Telefonnummer Arbeit Mobiltelefonnummer

@E-Mail

Möchten Sie Ihre Befunde zugeschickt bekommen? (BG, HIV, HBV, HCV, TPPA) J N

Haben sich Name oder Adresse seit Ihrer letzten Spende geändert? J N Ich benötige einen neuen Blutspendeausweis J N

Dieses Feld ist nur vom medizinischen Personal auszufüllen:

ABO Lichtbild-ausweis-Nr.

O A B AB Spendenanzahl: Spendennummer

Kommentare

AZ ok J N Chemie C Vortester

Gewicht < 50kg Hb (g/dl) T (°C) RR (systolisch / diastolisch) Puls Phleb.

≥ 50kg ok J N ok J N ok J N ok J N Abn.

A A Z Z

Abweisung Zulassung Auswertung

*) bitte nach Möglichkeit angeben

Von Spender:in auszufüllen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Medizinische Fragen und Erklärung:

1 Fühlen Sie sich gesund? J N

2 Wiegen Sie über 50 kg? J N

3 Haben Sie schon einmal Blut, Blutplättchen oder Blutplasma oder Doppel-Erythrozyten gespendet? J N
 Wenn ja, wann zuletzt?
 Wenn ja, haben Sie diese bisherigen Spenden gut vertragen? J N

4 Weibliche Spender: Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate schwanger oder stillen Sie? J N
 Wenn ja, bis wann waren Sie schwanger?

5 Weibliche Spender: Haben Sie jemals ein Kind geboren? J N



Zutreffendes bitte ankreuzen

	J	N		J	N
6 Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung oder im Krankenstand oder auf Rehabilitation/Kur? Wenn ja, seit wann und warum?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	27 Waren Sie in den letzten 6 Monaten außerhalb von Österreich? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
7 Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Welche und wann zuletzt? 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"/> J	<input type="checkbox"/> N	28 Wurden Sie außerhalb von Europa geboren oder haben Sie sich jemals länger als durchgehend 6 Monate außerhalb Europas aufgehalten?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
8 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? Haben Sie in den letzten 3 Jahren das Medikament Acitretin (z.B. Neotigason, Keracutan...) wegen Hauterkrankungen eingenommen?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	29 Waren Sie in den letzten 4 Wochen in einem Westnil-Virus-Infektionsgebiet wie z.B. in einem aktuellen europäischen Risikogebiet oder USA, Kanada?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
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"/> J	<input type="checkbox"/> N	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"/> J	<input type="checkbox"/> N
10 Wurden Sie innerhalb der letzten 4 Wochen geimpft (auch Schluckimpfungen)? Wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	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"/> J	<input type="checkbox"/> N
11 Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine passive Impfung (z.B. nach Tierbiss gegen Tollwut) erhalten?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	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"/> J	<input type="checkbox"/> N
12 Konsumieren Sie Drogen (auch Partydrogen wie Ecstasy)? Verwenden Sie Alkohol oder Medikamente in missbräuchlicher Weise?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	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"/> J	<input type="checkbox"/> N
13 Haben Sie sich jemals Drogen gespritzt oder diese geschnupft?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	34 Wurden Sie vor 1990 mit Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenextrakt behandelt?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
14 Haben Sie sich jemals Präparate für den Muskelaufbau gespritzt?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	35 Haben Sie sich einer stereotaktischen Operation (Gehirneingriff mittels Sonde) unterzogen?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
15 Leiden Sie aktuell an einer Allergie oder lassen Sie derzeit eine Desensibilisierung durchführen?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	36 Wurden Ihnen jemals Organe oder menschliches/tierisches Gewebe übertragen (z.B. Hornhaut-, Gehirnhauttransplantat, Herzklappen, Knochen, Knorpel oder Frischzellen)?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
16 Haben Sie derzeit entzündliche offene Hautstellen oder Hautausschlag, Fieberblasen, Bläschen im Mund oder an anderen Körperstellen?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	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"/> J	<input type="checkbox"/> N
17 Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Zeckenstich?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	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"/> J	<input type="checkbox"/> N
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"/> J	<input type="checkbox"/> N	39 Hatten Sie in den letzten 4 Wochen ungeschützten (auch einmaligen) Sexualkontakt mit neuen Sexualpartner:innen?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
19 Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren (auch Permanent Make up), piercen, ins Ohr stechen oder akupunktieren lassen? Wenn ja, war das in einer medizinischen Einrichtung?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	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 Blutspendeinrichtungen 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 Blutspendeinrichtung davon verständigen. Ich habe die datenschutzrechtlichen Informationen zur Blutspende, welche beim Blutspendedienst sichtbar zur freien Entnahme aufliegen, erhalten.		
20 Hatten Sie in den letzten 4 Monaten einen Kontakt mit Fremdblut?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> 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. 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 und Spenderaufklärung) 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 datenschutz@roteskruz.at oder telefonisch unter +43 1 58 900 955 widerrufen.		
21 Hatten Sie in den letzten 4 Monaten unklares Fieber, Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß oder unklaren Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N		
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"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N		
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"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N		
24 Haben oder hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Kollapsneigung, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombosen)?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N		
25 Leiden oder litten Sie an einer chronischen Magen/Darmerkrankung, Atemwegserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Diabetes, Epilepsie, Krebs, Nierenerkrankung, Rheuma, Osteomyelitis, neurologischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N		
26 Haben Sie jemals Blutkonserven und/oder Gerinnungsfaktoren erhalten? Wenn ja, wann und warum?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N		

Unterschrift Arzt oder DGKP

Ort, Datum

Unterschrift des Spenders/der Spenderin