

Eigenblutentnahme – Blatt F – Fragebogen

AU-F-03.09

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Abschätzung Ihres persönlichen Entnahmerisikos und der Sicherheit der aus Ihrem Blut hergestellten Präparate bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen durch Ankreuzen und ggf. weitere Angaben.

Zu allen unklaren Punkten sprechen Sie bitte den Arzt der Transfusionsmedizin an, der Sie zur Eigenblutentnahme aufnimmt.

1	Fühlen Sie sich – abgesehen von der Erkrankung, wegen der Sie operiert werden sollen – gesund?	ja: 0	nein: 0
2	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja: welche?	ja: 0	nein: 0
3	Nehmen Sie Drogen?	ja: 0	nein: 0
4	Gehören Sie einer Risikogruppe für Aids an?	ja: 0	nein: 0
5	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten engen Kontakt zu jemandem, der an Gelbsucht erkrankt bzw. bei dem eine Hepatitis- oder HIV(Aids)-Infektion bekannt war?	ja: 0	nein: 0
6	Haben Sie schon einmal Blut gespendet?	ja: 0	nein: 0
7	Wurden Sie jemals als Blutspender abgelehnt?	ja: 0	nein: 0
Bestehen oder bestanden bei Ihnen			
8	Kreislaufprobleme oder jemals Ohnmachtsanfälle?	ja: 0	nein: 0
9	Krampfanfälle oder eine Schädel-Hirn-Verletzung?	ja: 0	nein: 0
10	eine infektiöse Gelbsucht oder ist eine Hepatitis- oder HIV(Aids)-Infektion bekannt?	ja: 0	nein: 0
11	jemals Tuberkulose, Syphilis, Malaria oder eine Salmonelleninfektion?	ja: 0	nein: 0
12	jemals eine andere schwere Infektionskrankheit?	ja: 0	nein: 0
13	eine Herz- oder Lungenkrankheit oder Herzbeschwerden?	ja: 0	nein: 0
14	eine Lebererkrankung?	ja: 0	nein: 0
15	eine chronische oder schwere Magen- oder Darmerkrankung?	ja: 0	nein: 0
16	eine chronische oder schwere Nieren- oder Blasenerkrankung?	ja: 0	nein: 0
17	eine Blutarmut oder andere Bluterkrankungen?	ja: 0	nein: 0
18	eine Stoffwechselstörung (z.B. Diabetes)?	ja: 0	nein: 0
19	eine bösartige Erkrankung (Tumor)?	ja: 0	nein: 0
20	Gerinnungsstörungen (Blutungsneigung oder Thrombose) oder sind solche bei Blutsverwandten bekannt?	ja: 0	nein: 0
21	in den letzten 4 Wochen eine Durchfallerkrankung?	ja: 0	nein: 0
22	in den letzten 4 Wochen eine andere infektiöse Erkrankung oder Fieber?	ja: 0	nein: 0
Für Frauen im gebärfähigen Alter:			
23	Besteht z.Zt. die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	ja: 0	nein: 0
24	Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Entbindung?	ja: 0	nein: 0

Datum	Name und Vorname	Unterschrift
-------	------------------	--------------