

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand			
1.	<ul style="list-style-type: none"> Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben? Haben Sie heute schon gegessen und getrunken? * Wiegen Sie mindestens 50kg? * 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
2.	Hatten Sie in der letzten Woche <ul style="list-style-type: none"> einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt) ohne Fieber, eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung, eine Verletzung oder einen kleinen operativen Eingriff? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
3.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus, beim Arzt oder beim Heilpraktiker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (<u>ggf. unterstreichen</u>): <ul style="list-style-type: none"> Herz- oder Gefäßerkrankung (z. B. Thrombose, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall, Herzinfarkt), Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie), Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm; chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, Tumor (z.B. Krebs)? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
6.	<ul style="list-style-type: none"> Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut spenden dürfen? Hat es bei einer früheren Blutentnahme/Blutspende Komplikationen gegeben? Spenden Sie auch in anderen Blutspende-Einrichtungen? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
7.	Konsumieren Sie Medikamente oder Rauschmittel missbräuchlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	Werden Sie in den nächsten 12 Stunden Tätigkeiten in Beruf oder Hobby ausüben, die Sie oder andere gefährden könnten (z. B. Personenbeförderung, Tätigkeit mit Absturzgefahr oder erheblicher körperlicher Belastung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Waren Sie jemals schwanger? Wenn ja, wann zuletzt? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können			
10.	Wurde bei Ihnen jemals <ul style="list-style-type: none"> eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C festgestellt? eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
11.	<ul style="list-style-type: none"> Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur? Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren lassen oder einer anderen Maßnahme unterzogen, die Haut oder Schleimhaut verletzt wie Piercing, Ohrlochstechen, Botoxspritzen, permanentes Make-up, Body Modification? 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
12.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z.B. Injektionsnadel)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darm- oder Gelenkspiegelung), eine Katheteranwendung oder wurde Ihnen Gewebe entnommen (Biopsie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

16.	Über den Sexualverkehr können Infektionen, wie z.B. HIV oder Hepatitis, übertragen werden. Direkt nach der Ansteckung mit HIV und/oder Hepatitis kann ein Spender ohne es zu wissen infiziert sein und durch sein Blut den Empfänger der Spende anstecken. Leider können Labortests eine Infektion zum Teil erst bis zu 4 Monate nach der Ansteckung nachweisen. Daher schützen Sie mit Ihrer ehrlichen Antwort die Empfänger Ihrer Spende.		
	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr		
	<ul style="list-style-type: none"> • mit einer neuen Partnerin / einem neuen Partner? • mit einer Person, die eine schwere Infektionskrankheit (z.B. AIDS oder Hepatitis) hat oder haben könnte? • für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben? • Nur für Frauen: mit einem bisexuellen Mann? 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie schon einmal Geld oder andere Leistungen für Sexualverkehr erhalten? • Nur für Männer: Hatten Sie schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann? 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt, oder geschnupft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18.	Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.	• Haben Sie jemals Frischzellen, bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21.	• Sind Sie außerhalb Europas geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Haben Sie jemals länger als 6 Monate außerhalb Europas gelebt? Wenn ja, wo? Wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland? wo?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.	Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, Rheumatisches Fieber, Toxoplasmose, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24.	Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden seltenen Erkrankungen festgestellt: Chagas-Krankheit (Trypanosomiasis), Brucellose, Babesiose, Leishmaniose, Lepra, Melioidose, Rückfallfieber, Hasenpest (Tularämie), Fleckfieber oder andere Rickettsiosen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fragen zu möglichen Rückständen von Arzneimitteln im Blut			
25.	Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen Tabletten o.a. Medikamente eingenommen, wie z.B. Antibiotika, Schmerzmittel (auch Aspirin, ASS), Mittel gegen Bluthochdruck oder andere? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26.	Haben Sie jemals Tabletten zur Behandlung von Schuppenflechte oder schwerer Akne eingenommen (z.B. Tigason [®] , Neo-Tigason [®] , Roaccutan [®])?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
27.	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, gegen welche Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fragen nach übertragbaren Hirnerkrankungen			
28.	Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder eine ähnliche Erkrankung festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
29.	• Wurden Sie vor 1986 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse, z.B. wegen Wachstumsstörungen, Unfruchtbarkeit, Endometriose behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Haben Sie jemals Hornhaut -, Hirnhaut - oder andere Transplantate erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30.	• Haben Sie sich in der Zeit zwischen dem 01.01.1980 und 31.12.1996 insgesamt länger als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Sind Sie im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland nach dem 01.01.1980 operiert worden oder haben Sie dort eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma) erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

* Aufnahme der Fragen in den Spenderfragebogen ist nicht verpflichtend.

Die gelb hinterlegten Zusatzangaben des Spenders müssen nicht auf einem selbst auszufüllenden Fragebogen dokumentiert werden, sondern können auch im Gespräch mit dem ärztlichen Spendepersonal erfragt und dokumentiert werden.