

# MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

FRAGE	ANTWORT	ERKLÄRUNG	VISA KRANKEN- PFLEGER(IN)	VISA ARZT(IN)
1. Ist Ihre letzte Spende gut verlaufen und haben Sie beim Luxemburger Roten Kreuz gespendet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
3. Haben Sie kurzfristig einen Arztbesuch, medizinische Untersuchungen oder eine Operation geplant?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
IN DEN LETZTEN 7 TAGEN...				
4. Fühlen Sie sich gut?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
2N. Machen Sie eine Diät?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
5. Sind Sie krankgeschrieben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
6. Waren Sie beim Zahnarzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
7. Haben Sie Schmerzmittel oder entzündungshemmende Medikamente (Aspirine, Ibuprofen...) eingenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN...				
8. Haben Sie gelegentlich andere Medikamente/ oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
9. Hatten Sie eine banale Infektion (Erkältung, Durchfall, Blasenentzündung oder Fieber...)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
10. Hatten Sie eine offene Wunde, ein Geschwür, eine Hautinfektion oder einen Zeckenbiss?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
11. Hatten Sie eine allergische Reaktion?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
12. Haben Sie eine Impfung oder eine andere Injektion erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
SEIT IHREM LETZTEN BESUCH IM CTS...				
13. Hatten Sie eine schwere Krankheit, eine Infektions- oder Tropenkrankheit, einen Unfall oder einen Knochenbruch?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
14. Hatten Sie eine Ohnmacht, Schwindel oder Schwächeanfall?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
15. Hatten Sie eine außergewöhnliche Blutung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
16. Haben Sie einen unerklärlichen Gewichtsverlust bemerkt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
17. Hatten Sie anhaltenden Durchfall (mit oder ohne Fieber)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
18. Haben Sie geschwollene Lymphknoten bemerkt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
19. Hatten Sie anhaltendes Fieber(>38°C)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
20. Waren Sie in Kontakt mit ansteckenden oder infektiösen Krankheiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
21. Waren Sie der Ansteckungsgefahr einer durch Blut übertragbaren Krankheit ausgesetzt, wie z.B. versehentliche Stichverletzung oder Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten oder Verletzung oder Biss durch ein Tier ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Datum:		
22. Waren Sie in ärztlicher Behandlung- haben Sie eine Blutuntersuchung gemacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
IN DEN LETZTEN 4 MONATEN / SEIT IHREM LETZTEN BESUCH...				
23. Hatten Sie medizinische Untersuchungen oder technische Interventionen, wie z.B. Endoskopie (HNO Fibroskopie, Magenspiegelung, Darmspiegelung...) oder Akupunktur?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Datum:		
24. Hatten Sie ein Piercing, einen Ohrdurchstich, eine permanente elektrische Epilation, eine Tätowierung oder ein Permanent Make-up?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Datum:		

FRAGE	ANTWORT	ERKLÄRUNG	VISA KRANKEN- PFLEGER(IN)	VISA ARZT(IN)
25. Waren Sie in einer Region, welche in der Internetseite „Gegenanzeigen und Reiserestriktionen zur Blutspende“ aufgeführt ist (zu finden auf <a href="http://www.don-du-sang.lu/de">www.don-du-sang.lu/de</a> und beim Vorgespräch zur Blutspende)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Rückreisedatum:		
2A. Ist Ihr Partner aus einem Endemiegebiet für das Zikavirus zurückgekehrt? (Erklärungen erhalten Sie beim Vorgespräch)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
<b>IN DEN LETZTEN 6 MONATEN / SEIT IHREM LETZTEN BESUCH...</b>				
26. Hatten Sie Krankenhausaufenthalte, Operationen, Narkosen, Bluttransfusionen oder Injektionen von Blut oder Blutbestandteilen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
27. Haben Sie Medikamente auf Basis von Dutasteride (Avodart, Combodart...) eingenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
28. Waren Sie schwanger oder haben Sie entbunden oder gestillt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Datum: <input type="radio"/> Ich bin ein Mann		
29. Waren Sie ausserhalb Europas?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Land: Rückreisedatum:		
<b>IN DEN LETZTEN 3 JAHREN / SEIT IHREM LETZTEN BESUCH...</b>				
30. Waren Sie in einem Endemiegebiet für Malaria?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Land: Rückreisedatum:		
<b>SEIT IHREM LETZTEN BESUCH IM CTS, HATTEN SIE...</b>				
31. Herz-Kreislaufprobleme?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
32. Lungenkrankheiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
33. Magen-Darmkrankheiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
34. Leberkrankheiten, virale oder nichtvirale Hepatitis, Gelbsucht oder Leberzirrhose?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
35. Nieren-Harnwegs-erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
36. Gynäkologische/geburtshilfliche Probleme?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich bin ein Mann		
37. Endokrinologische Krankheiten, Stoffwechselkrankheiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
38. Krankheiten des Blutes oder des Gerinnungssystems?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
39. Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
40. Die Creutzfeld-Jakob (CJD) oder Gerstmann-Straussler-Scheinker (CSS) Krankheit, oder ist eine dieser Krankheiten jemals in Ihrer Familie vorgekommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
41. Orthopädische oder rheumatische Krankheiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
42. Allergische Probleme?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
43. Hautkrankheiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
44. Eine Geschlechtskrankheit?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
<b>IN IHREM LEBEN...</b>				
45. Zwischen 1980 und 1996, haben Sie insgesamt länger als 12 Monate in Grossbritannien gelebt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
46. Nach dem 01.01.1980, hatten Sie eine Operation oder Bluttransfusion in Grossbritannien?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
47. Hatten Sie eine Behandlung mit Hormonen oder Extrakten aus menschlichen Hypophyse- oder Hirnanhangsdrüsen (Wachstumhormone...)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
48. Hatten Sie eine Behandlung mit Tigason?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			

FRAGE	ANTWORT	ERKLÄRUNG	VISA KRANKEN- PFLEGER(IN)	VISA ARZT(IN)
49. Hatten Sie eine Transplantation von Organen oder Gewebe, von Hornhaut oder von Hirnhaut?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Datum:		
51. Sind Sie bei guter Gesundheit?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
HEUTE / IN DER NÄCHSTEN WOCHE...				
50. Haben Sie körperliche Anstrengungen oder gefährliche Aktivitäten geplant?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			

## WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR BLUT-PLASMA- UND THROMBOZYTENSPENDER ZU BESTIMMTEN INFektionsKRANKHEITEN.

AIDS, Endstadium der HIV-Infektion, ist bekannt seit 1981, und gekennzeichnet durch eine Abschwächung der körpereigenen Immunabwehr, was zu schweren Infektionen und Krebsleiden führt.

Trotz hochentwickelter sensibler Methoden kann es sein, dass in Ausnahmefällen, eine infizierte Person nicht entdeckt wird, v.a. wenn der Test frühzeitig nach der Ansteckung durchgeführt wird.

Bei jeder Blut-Apheresespende wird Ihr Blut anhand von Labortests auf bestimmte, durch Blut übertragbare, Infektionskrankheiten untersucht (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, Syphilis, HIV...)

Aus diesem Grund ist es außerordentlich wichtig, dass Personen mit einem hohen Risikoverhalten für eine Infektion kein Blut, Plasma und keine Plättchen spenden.

### FOLGENDE FRAGEN HELFEN EIN SOLCHES RISIKO, IM RAHMEN DER BLUTSPENDE, FESTZUSTELLEN.

FRAGE	ANTWORT	ERKLÄRUNG	VISA KRANKEN- PFLEGER(IN)	VISA ARZT(IN)
R1. Sind Sie HIV positiv oder haben Sie AIDS?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
IN IHREM LEBEN...				
R2. Haben Sie jemals Drogen oder Dopingprodukte gespritzt (auch nur ein einziges Mal)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
R3. Hatten Sie sexuellen Kontakt unter Annahme von Geld oder Drogen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
R4. Haben Sie regelmäßig Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen bekommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
R5. Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt mit einer Person welche HIV-positiv oder an Aids oder viraler Hepatitis erkrankt ist?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
R6. Hatten Sie sexuellen Kontakt mit einer Person welche aus einem Hochrisikogebiet für Aids oder virale Hepatitis stammt oder dort gelebt hat?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
IN DEN LETZTEN 4 MONATEN...				
R7. Hatten Sie eine(n) neue(n) Sexualpartner(in)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
R9. Hatten Sie mehr als eine(n) Sexualpartner(in)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
R0. Hatte Ihr(e) Partner(in), Ihres Wissens nach, sexuellen Kontakt mit anderen Personen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
IN DEN LETZTEN 5 JAHREN...				
S1. Hatten Sie sexuellen Kontakt mit einer Person, welche Drogen-oder Dopingprodukte spritzt oder gespritzt hat?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			

FRAGE	ANTWORT	ERKLÄRUNG	VISA KRANKEN- PFLEGER(IN)	VISA ARZT(IN)
<b>S2.</b> Hatten Sie eine(n) Sexualpartner(in), welche(r) sexuelle Kontakte unter Annahme von Geld oder Drogen hatte?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
<b>S3.</b> Hatten Sie sexuellen Kontakt mit einer Person welche regelmäßig Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen bekommt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
<b>IN DEN LETZTEN 12 MONATEN...</b>				
<b>H3. Für Männer:</b> Hatten Sie sexuellen Kontakt mit einem anderen Mann (auch einmalig)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
<b>H4. Für Frauen:</b> Hatten Sie sexuellen Kontakt mit einem Mann welcher seinerseits sexuellen Kontakt mit einem anderen Mann hatte?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			

In bestimmten Fällen, könnten ein oder mehrere Bestandteile meiner Blutspende (z.B. die Filter, welche die weißen Blutkörperchen zurückhalten oder Reste der Teströhrchen), unter Pseudonymisierung der Daten, für medizinische oder wissenschaftliche Forschung oder zur Verbesserung des Transfusionssystems verwendet werden

- ☐ Ich bin einverstanden  
☐ Ich bin nicht einverstanden

#### MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH, DASS ICH:

- das zur Verfügung gestellte Aufklärungsmaterial zur Kenntnis genommen und verstanden habe,
- die Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen und zufriedenstellende Antworten auf alle Fragen erhalten habe,
- den medizinischen Fragebogen gelesen und verstanden habe,
- wahrheitsgemäß und ehrlich auf die dort gestellten Fragen geantwortet habe,
- die wichtigen Informationen zu bestimmten Infektionskrankheiten gelesen und verstanden habe,
- alle Angaben und Antworten ehrlich und nach bestem Wissen und Gewissen gegeben habe,
- nach erfolgter Aufklärung meine Einwilligung zur Weiterführung des Spendeprozesses gegeben habe.

*Das Bluttransfusionszentrum des Luxemburger Roten Kreuzes legt großen Wert auf die Wahrung der Privatsphäre und des Datenschutzes. Ihre persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und sind durch ärztliche Schweigepflicht geschützt.*

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Datum: .....

Bestätigt durch: .....

Datum: .....

Unterschrift:

Unterschrift des(r) Krankenpflegers(erin)  
und/oder des(r) Arztes(in)

COLLER ICI UNE EBC