Sie finden auf den nachstehenden 2 Seiten einen Musterfragebogen für die Standardversion des einheitlichen Fragebogens für Blut- und Plasmaspenderinnen und –spender, den das Paul-Ehrlich-Institut entsprechend der Empfehlung der Richtlinie Hämotherapie zur Verfügung stellt.  Blut- und Plasmaspendeeinrichtungen können auf der Basis dieser Vorlage den in ihrer Institution einzusetzenden Fragebogen erstellen. Im Ergebnis können die Fragebögen in den verschiedenen Spendeeinrichtungen leicht unterschiedlich gestaltet sein. Den Rahmen gibt der hier veröffentlichte Musterfragebogen für die Standardversion vor.

In der nachstehenden Vorlage ist zu erkennen, welche Anpassungen möglich sind:

* Die grün hinterlegten Zusatzangaben des Spenders müssen nicht auf einem selbst auszufüllenden Fragebogen dokumentiert werden, sondern können auch im Gespräch durch das ärztliche Spendepersonal erfragt und dokumentiert werden.
* Ausschließlich die grau hinterlegten Ankreuzkästchen können auch zu jeweils nur einem Ja- bzw. Nein-Kästchen pro Fragenkomplex zusammengefasst werden.
* Die Aufnahme der mit 1) markierten Fragen in den institutseigenen Fragebogen ist nicht verpflichtend.
* Die mit 2) markierten Fragen bzw. einzelnen Rückstellungs- / Ausschlusskriterien entfallen für den Fragebogen zur ausschließlichen Gewinnung von Plasma zur Fraktionierung.
* Die **Zwischenüberschriften** sind Bestandteil des Fragebogens und dürfen nicht verändert werden. Sie dienen dem besseren Verständnis, warum die jeweils nachfolgenden Fragen gestellt werden.

|  |
| --- |
| Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand |
| 1. | * Fühlen Sie sich **krank** oder sind Sie **krankgeschrieben**?
* Haben Sie heute schon gegessen und getrunken? **1)**
* Wiegen Sie mindestens 50kg? **1)**
 | □ ja□ ja□ ja | □ nein□ nein□ nein |
| 2. | Hatten Sie in der letzten Woche * einen unkomplizierten Infekt ohne Fieber (z. B. Erkältung, Harnwegsinfekt)?
* eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung?
 | □ ja□ ja | □ nein□ nein |
| 3. | Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung oder Fieber?  | □ ja | □ nein |
| 4. | Waren Sie in den letzten 4 Monaten beim Arzt, beim Heilpraktiker oder im Krankenhaus? | □ ja | □ nein |
| 5. | Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (Bitte zutreffende Erkrankung unterstreichen): * Herz- oder Gefäßerkrankung (z. B. Thrombose, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall)?
* Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie)?
* Wiederholte Ohnmachtsanfälle?
* Erkrankung von Haut, Blut, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm?
* chronische Erkrankungen wie Allergien, Zuckerkrankheit, Alkoholkrankheit?
* Tumor (z.B. Krebs)?
 | □ ja | □ nein |
| 6. | * Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, dass Sie kein Blut oder Plasma spenden dürfen?
* Hat es bei einer früheren Spende Komplikationen gegeben?
* Spenden Sie auch in anderen Spende-Einrichtungen?
 | □ ja□ ja□ ja | □ nein□ nein□ nein |
| 7. | 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)? | □ ja | □ nein |
| 8. | **Nur für Frauen:** * Sind Sie schwanger oder stillen Sie?
* Waren Sie **jemals** schwanger? Wenn ja, wann zuletzt? ………………………………………………….
 | □ ja□ ja | □ nein□ nein |
| Fragen zu Infektionskrankheiten, die durch Blut übertragen werden können |
| 9. | Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit extrem gefährlichen Krankheitserregern (z.B. Ebolavirus) gearbeitet oder sind Sie damit anderweitig in Kontakt gekommen?  | □ ja | □ nein |
| 10. | Wurde bei Ihnen jemals * eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z. B. Hepatitis festgestellt?
* eine Infektion mit HIV (AIDS) oder HTLV nachgewiesen?
 | □ ja□ ja | □ nein□ nein |
| 11. | * 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, permanentes Make-up, Body Modification?
 | □ ja□ ja | □ nein□ nein |
| 12. | Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der eine Leberentzündung (Hepatitis) festgestellt wurde? | □ ja | □ 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)? | □ ja | □ nein |
| 14. | Haben Sie jemals eine Blutübertragung (rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma - auch Eigenblut) erhalten? Wenn ja, wann zuletzt? ………………………………………………………………………….. | □ ja | □ nein |
| 15. | Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darmspiegelung) oder eine Katheteranwendung? | □ ja | □ 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 12 Monaten Sexualverkehr* mit mehr als 3 Partnern?
* für den Sie Geld oder andere Leistungen (Unterkunft, Drogen) erhalten haben?
 | □ ja | □ nein |
| Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr * außerhalb einer festen Partnerschaft?
* mit einer Person, die mit HIV- oder Hepatitisviren infiziert ist?
* mit einer Person, die im Ausland geboren ist oder mehr als 6 Monate dort gelebt hat?
* für den Sie mit Geld oder anderen Leistungen (Unterkunft, Drogen) bezahlt haben?
 | □ ja | □ nein |
| **Nur für Frauen:** Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Sexualverkehr mit einem bisexuellen Mann? | □ ja | □ nein |
| **Nur für Männer:** Hatten Sie schon einmal Sexualverkehr mit einem anderen Mann? Wenn ja, fand dieser Kontakt innerhalb der letzten 12 Monate statt? … □ ja ... □ nein | □ ja | □ nein |
| 17. | Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt oder geschnupft?  | □ ja | □ nein |
| 18. | Waren Sie innerhalb der letzten 4 Monate in Haft? | □ ja | □ nein |
| 19. | Haben Sie jemals Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate, Botox)? | □ ja | □ nein |
| 20. | * Haben Sie jemals Frischzellen, bzw. Gewebe (Transplantate) oder Gewebeextrakte von Tieren erhalten?
* Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden?
* Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?
 | □ ja□ ja□ ja | □ nein□ nein□ nein |
| 21. | * Sind Sie im Ausland geboren?**2)**
* Haben Sie jemals länger als 6 Monate im Ausland gelebt? **2)**Wenn ja, wo? Wann?
* Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig, im Ausland?Wenn ja, wo?
 | □ ja□ ja□ ja | □ nein□ nein□ nein |
| 22. | Wurde bei Ihnen jemals eine Malaria festgestellt?**2)** | □ ja | □ nein |
| 23. | Haben oder hatten Sie eine Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis **2)**, Rheumatisches Fieber, Salmonelleninfektion (Typhus- oder Paratyphus), Q-Fieber **2),** Toxoplasmose? | □ ja | □ 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? **2)** | □ ja | □ 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?  | □ ja | □ nein |
| 26. | Haben Sie in den letzten 3 Jahren Tabletten zur Behandlung von schweren Formen von Hautekzem, Schuppenflechte oder Akne eingenommen (z.B. Toctino®, Neo-Tigason®, Aknenormin®)? | □ ja | □ nein |
| 27. | Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft?Wenn ja, gegen welche Erkrankungen?  | □ ja | □ 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? | □ ja | □ nein |
| 29. | * Wurden Sie vor 1996 mit Hormonen der Hirnanhangdrüse behandelt z.B. wegen Wachstumsstörungen, Endometriose, Kinderwunsch?
* Haben Sie jemals Hornhaut -, Hirnhaut - oder andere Transplantate erhalten?
 | □ ja□ ja | □ nein□ 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?
* 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?
 | □ ja□ ja | □ nein□ nein |