

Blutspendezentrale Niederrhein
Außenstelle des
Universitätsklinikums
Düsseldorf

Ltd. Arzt: Dr. Joachim van Alst M.Sc.
Facharzt für Anästhesie- Bluttransfusionswesen
Hausanschrift: Willibrord- Str. 9, 46446
Emmerich am Rhein Tel.: 02822/ 731241

Universitätsklinikum Düsseldorf
Institut für Haemostaseologie und
Transfusionsmedizin

Direktor: Universitätsprofessor
Dr. R. E. Scharf
Hausanschrift: Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Patientendaten/ Patientenaufkleber

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Patienteninformation, Spendererklärung und Einverständniserklärung zur Eigenblutspende

Liebe Patientin, lieber Patient,

im ersten Teil dieses Aufklärungsbogens möchten wir Sie über die Möglichkeiten der Spende und der Rückübertragung von eigenem Blut informieren. Zur Vorbereitung der Spende benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand und zur Vorgeschichte. Hierfür bitten wir Sie, die Fragen auf den Seiten 2 und 3 dieses Doppelbogens zu beantworten. Bitte bringen Sie den Bogen ausgefüllt zur Eigenblutspende mit. Auf der dritten Seite haben Sie die Möglichkeit, unklar gebliebene Punkte aufzuschreiben, die vor der Spende mit Ihrem Arzt besprochen werden können.

Bitte bringen Sie zur Spende evtl. vorhandene Unterlagen (EKG, Blutbild, evtl. Röntgenbild des Brustkorbes) mit, bzw. bitten Sie Ihren Hausarzt, Ihnen **Arztbriefe oder Befunde in Kopie** zu überlassen.

Bringen Sie auf jeden Fall Ihren gültigen Personalausweis, Reisepass oder Führerschein mit!

Sie sollten nicht nüchtern zur Blutspende kommen; vermeiden Sie jedoch bitte 6- 8 Stunden vor der Spende besonders fettreiche und eiweißreiche Mahlzeiten zu sich zu nehmen. Nehmen Sie bitte 12 Stunden vor der Spende keine größeren Mengen Alkohol zu sich! Nach der Spende dürfen Sie kein Fahrzeug führen; kommen Sie daher bitte in Begleitung.

Wissenswertes zur Eigenblutspende:

Vor geplanten Operationen, bei denen erfahrungsgemäß in mehr als 10 % der Fälle eine Bluttransfusion erforderlich ist, sollte eine Eigenblutspende in Erwägung gezogen werden. Dadurch ist es möglich, den Einsatz von Fremdblut mit seinen bekannten Risiken (Infektionen, Unverträglichkeitsreaktionen usw.) zu vermeiden. Durch eine oder mehrere Eigenblutspenden und über eine evtl. zusätzliche Sammlung von Wundblut mit anschließender Aufbereitung vor Wiedergabe braucht in vielen Fällen kein Fremdblut mehr eingesetzt zu werden.

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für eine Eigenblutspende und eine Fremdblutspende sind prinzipiell gleich. Nach Beurteilung der Gesamtumstände durch einen in der Eigenblutspende erfahrenen Arzt kann jedoch von den betreffenden Vorschriften im Einzelfall abgewichen werden.

Bei Vorliegen akuter Erkrankungen (akute Infektionen z.B. des Magen- Darm- Traktes oder der Atemwege, schwerer Herzerkrankungen wie frischer Herzinfarkt, schwere Herzschwäche oder Vorliegen von Anfallsleiden) kann eine Eigenblutspende nicht durchgeführt werden. Zahnärztliche Behandlungen innerhalb von 72 Stunden vor der Spende sind ebenfalls nicht erlaubt.

Im Interesse einer risikoarmen Durchführung der Eigenblutspende sowie späterer Eigenbluttransfusionen bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten.

Spendererklärung zur Eigenblutspende:

1. **Kurzatmigkeit:** ja nein
wegen Atemnot (Dyspnoe)
 Herzschmerzen (Angina pectoris)
 Gelenkbeschwerden
 Atemnot schon in Ruhe (Ruhedyspnoe)

- Treppensteigen ein Stockwerk möglich: ja nein
50 m Gehen ohne Probleme möglich: ja nein

2. **Herzschmerzen (Angina pectoris):**
 ja nein
 zunehmend
 gleichbleibend _____ mal pro Woche
 Herzinfarkt innerhalb der letzten 3 Monate am _____

3. **Unregelmäßigkeiten des Herzschlages (Herzstolpern):**
 ja nein
 1 bis 5 mal/ min.
 mehr als 5 mal/ min.

4. **Bewusstseinsstörungen (Synkopen, transitorisch ischämische Attacken)**
 ja nein
wenn ja, wann? _____

Ursache der Synkope (vom Arzt auszufüllen:)

- vasovagal (z.B. Ohnmacht) _____
 kardial _____
 pulmonal _____
 zerebral (Krampfanfall) _____

5. **Hatten Sie innerhalb der letzten 4 Wochen:**

eine Infektionskrankheit oder einen akuten fieberhaften Infekt?

- ja nein

wenn ja, welche und wann? _____

eine Zahnbehandlung ja nein

einen Darminfekt oder Durchfall ja nein

6. Haben Sie eine chronische Darmerkrankung?

ja nein

wenn ja, welche? _____

7. Haben Sie weitere Erkrankungen?

Des Herz/ Kreislaufsystems _____

Der Lunge _____

Des Blutes _____

Des Gehirns/ Nervensystems _____

Sonstiges _____

8. Allergien/ Medikamentenunverträglichkeiten:

9. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

10. Welche Operationen hatten Sie und wann?

11. Angaben über Klinikaufenthalte:

12. Haben Sie bereits früher Blut gespendet? ja nein

wenn ja, wann zuletzt _____

13. Sonstiges:

Folgende Punkte möchte ich im Zusammenhang mit dem Aufklärungsgespräch vor der Eigenblutspende mit dem betreuenden Arzt klären:

Ich bestätige durch meine Unterschrift die wahrheitsgemäße Beantwortung oben genannter Fragen. Emmerich/ Wesel, den _____

(Unterschrift Spendeärztin/ Spendearzt)

(Unterschrift Spenderin/ Spender)

Einverständniserklärung zur Eigenblutspende:

Hiermit erkläre ich, dass ich einer Eigenblutspende zustimme. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass alle für eine Blutspende vorgeschriebenen Blutuntersuchungen (einschließlich HIV- Test) durchgeführt werden. Ich entbinde die Mitarbeiter des Eigenblutspendebereichs am St. Willibrord- Spital Emmerich- Rees und am Marienhospital Wesel sowie das Institut für Hämostaseologie und Transfusionsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf von der Haftung für Beschädigung, Verlust oder Verfall (z.B. durch Verschiebung des Op- Termins) der von mir gespendeten Eigenblutkonserven. Ich bin damit einverstanden, dass meine Eigenblutkonserven bei Nichtgebrauch vernichtet werden.

Über eventuelle Nebenwirkungen und Risiken der Eigenblutspende wurde ich von Frau /Herrn Dr. _____ aufgeklärt; ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, die mir in verständlicher Form beantwortet wurden. Insbesondere wurde ich auf folgendes hingewiesen:

- In der Regel treten durch die Blutentnahme keine oder nur geringe Störungen des körperlichen Wohlbefindens auf. Schwere Störungen wie z.B. Kreislaufkollaps, Sauerstoffmangel, Minderdurchblutung des Gehirns, auch kurzzeitige Bewusstlosigkeit, unregelmäßige Herztätigkeit oder stärkere Nachblutungen sind selten. Noch seltener sind (bleibende) Schädigungen von Blutgefäßen (Venen/ Arterien), Nerven sowie Entzündungen.
- Durch die Eigenblutspende tritt eine geringfügige Verminderung der roten Blutzellen auf; deshalb sollten anstrengende körperliche Tätigkeiten am Spendetag vermieden werden.
- Nach Eigenblutspende ist das Lenken eines Fahrzeuges nicht erlaubt.
- Falls es nach der Eigenblutspende zu Kreislaufstörungen kommt, habe ich die Spendeärztin bzw. den Spendearzt baldmöglichst, spätestens jedoch vor der nächsten Spende zu informieren.
- Es besteht keine Garantie, dass die vorgesehene Anzahl an Eigenblutspenden abgenommen werden kann.
- Ebenso kann die Transfusion zusätzlicher Fremdblutkonserven notwendig werden.
- Ich bin selbst dafür verantwortlich, die Stationsärztin/ den Stationsarzt bzw. die Anästhesistin/ den Anästhesisten darüber in Kenntnis zu setzen, dass und wie viel Eigenblutkonserven für mich bereitstehen. Die mir nach erfolgreicher Spende ausgehändigte Durchschrift über den „Nachweis über Blutkomponentenkonserven aus Eigenblut“ werde ich bei der stationären Aufnahme mitbringen und dem aufnehmenden Personal aushändigen.
- Über eine Retransfusion entscheidet allein die behandelnde Ärztin/ bzw. der behandelnde Arzt.
- Die Konserven werden bis zur Entlassung aus stationärer Behandlung, längstens jedoch 42 Tage (Verfallsdatum) aufbewahrt. Mir ist bekannt, dass nicht für mich verwandte Blutkomponenten aus Eigenblut vernichtet werden müssen, da sie nicht für andere Patienten verwandt werden dürfen.
- Wegeunfälle im Zusammenhang mit der Eigenblutspende sind durch die Krankenversicherung nicht abgedeckt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der Spenderin/ des Spenders)

(Unterschrift der Spendeärztin/ des Spendearztes)