

Universitätsklinikum Jena

Institut für Transfusionsmedizin

Formular, intern **Gesundheitsanamnese - Knochenmarkspenderdatei „DE-JEN“**

03.12.2008

Seite 1 von 1

Spender bitte ausfüllen:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Anzahl bisher erhaltener Bluttransfusionen: _____

Anzahl durchgemachter Schwangerschaften: _____

Ich bin Blutspender des Instituts für Transfusionsmedizin Jena: JA: NEIN:

Ich bestätige, dass ich zwischen 18 und 60 Jahre bin und meines Wissens gesund bin.

Nachfolgend kreuze ich an, welche Krankheiten bei mir vorliegen bzw. vorlagen:

- Schwere Herz-Kreislaufkrankung (z.B. Herzinfarkt, Angina Pectoris, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)
- Erhöhte Blutungsneigung (Neigung zu blauen Flecken, verlängerte/verstärkte Blutung nach Verletzung)
- Schwere Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, TBC)
- Schwere Nierenerkrankung (z.B. Nierenschwäche, Stauungsniere, Nierenentzündung)
- Schwere neurologische Erkrankung (z.B. Schwindelanfälle, Krampfanfälle, Schlaganfälle, Muskelschwäche o.ä.)
- Schwere Stoffwechselstörung (z.B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Eisen- oder Kupferspeichererkrankung, Leberzirrhose etc.)
- Schwere Infektionskrankheit (z.B. Osteomyelitis, TBC, Malaria, Hepatitis (Gelbsucht), AIDS oder HIV-Infektion o.ä.)
- Schwere Allergie (z.B. auf Nahrungsmitteln und Medikamente oder Heuschnupfen)
- Autoimmunerkrankung (z.B. Rheumatische Erkrankung, SLE, Multiple Sklerose, Autoimmunthyreoditis, etc)
- Krebserkrankung
- Blutunverträglichkeiten (z.B. bei Transfusionen o.ä.)
- Blut- und Knochenmarkserkrankungen Verträglichkeiten (z.B. Anämie, Leukämie)

Weiterhin kreuze ich an, welcher/n Risikogruppe/n ich angehöre:

- Personen mit positiven HIV-Test, positiven Hepatitistest
- homosexuelle und bisexuelle Männer
- männliche und weibliche Prostituierte
- Häftlinge
- Personen, die aus Gebieten mit hoher Durchseuchungsrate an AIDS oder Hepatitis stammen und deren Sexualpartner
- i.v. Drogenabhängige

(Bei Unklarheiten bitte Rückfrage bei einem ärztlichen Mitarbeiter der KMS-Datei „DE-JEN“!)

Ort, Datum

Unterschrift

Ersteller: Herr Dr. med. T. Lorenzen