



Anlage B1 (V0 1/3 August. 2021)

Deutsche Version/Versione Tedesca

ANAMNESE-FRAGEBOGEN, WELCHER VOR DER EINTRAGUNG IN DAS REGISTER DER KNOCHENMARKSPENDER AUSZUFÜLLEN IST

Die von Ihnen gegebenen Antworten werden vertraulich behandelt und sind durch die Bestimmungen betreffend der Gewährleistung der Privacy geschützt. Diese klinische Bewertung ist darauf ausgerichtet, Sie und jene Patienten, welche Ihre Spende erhalten, zu schützen,

Name:.....Vorname:.....Geburtsdatum:/...../.....

Geschlecht M W Größe : Körpergewicht :.....Kg

Ethnische Herkunft : Kaukasier Oriental Schwarzafrikanische Hispanisch Gemischt

Generelle Beurteilung und Schutz des Spenders

1. Fühlen Sie sich zum aktuellen Zeitpunkt gesund?	Nein	Ja
2. Nehmen Sie zurzeit Medikamente oder sind Sie in ärztlicher Behandlung?	Nein	Ja
Wofür ?	Seit wann ?	
	Bitte angeben	
3. Sind Sie jemals einem chirurgischen Eingriff unterzogen worden?	Nein	Ja
Welche ?	Wann ?	
	Bitte angeben	
4. Wurden sie jemals stationär (im Krankenhaus) behandelt ohne jedoch operiert zu werden?	Nein	Ja
Warum ?	Wann ?	
	Bitte angeben	
5. Haben Sie oder leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen: Infektionskrankheiten (zB: Covid19), Auto-immun Erkrankungen bössartige Tumoren, hämatologische Erkrankungen (etwa Leukämien, Lymphome, Myelome...), genetische Blutkrankheiten (wie Sichelzellanämie, Favismus, etc.)?	Nein	Ja
	Bitte angeben	

Die Spende ist anonym, freiwillig und wird nicht vergütet

6. Litten Sie oder leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen: der Knochen und Gelenke, rheumatische Erkrankungen, Hautkrankheiten, Erkrankungen der Gefäße (z.B. Thrombosen) oder Herzerkrankungen, Erkrankungen der Lunge und der Atemwege, des Magen-Darm-Traktes, der Leber (Virushepatitis), Nierenerkrankungen, Erkrankungen der Harnwege, neurologische Erkrankungen? (Wenn Sie eine Frau sind) Haben Sie jemand unter einer gynäkologischen Erkrankung gelitten?	Nein	Ja
---	------	----

Bitte angeben

7. Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall und/oder einen Krampfanfall?	Nein	Ja
--	------	----

Wann ?

Bitte angeben

8. Haben Sie jemals unter Panikattacken oder Angstzuständen gelitten?	Nein	Ja
---	------	----

In welchem Zusammenhang?

Wann?

Bitte angeben

9. Haben Sie jemals giftige Substanzen zu sich genommen oder waren diesen ausgesetzt (bsp.: Blausäure, Blei, Quecksilber); waren Sie jemals radioaktiver Strahlungen ausgesetzt?	Nein	Ja
--	------	----

Welche

Bitte angeben

10. Sind in Ihrer Familie Bluterkrankungen wie Leukämien, Lymphzelltumoren, hochgradige Blutarmut, Blutplättchenmangel, myelodysplastische Syndrome (Erkrankungen des Knochenmarks) aufgetreten?	Nein	Ja
--	------	----

Verwandtschaftsgrad des Betroffenen ?

Krankheit ?

Bitte angeben

11. Ist in Ihrer Familie jemand von angeborenen oder erblichen Erkrankungen, wie einer Mittelmeeranämie, Favismus, anderen Bluterkrankungen, Black-fan Diamond oder anderen seltenen Erkrankungen betroffen?	Nein	Ja
--	------	----

Verwandtschaftsgrad des Betroffenen ?

Krankheit ?

Bitte angeben

Übertragbare Erkrankungen und Schutz des Empfängers

12. Haben Sie die Informationen betreffend AIDS, die Virushepatitis und die anderen übertragbaren Krankheiten (Anlage C) gelesen und verstanden?	Nein	Ja
--	------	----

13. Haben Sie jemals Drogen genommen?	Nein	Ja
---------------------------------------	------	----

Welches ?

Wie lang?

Bitte angeben

14. Sind Sie Alkoholiker?	Nein	Ja
---------------------------	------	----

15. Hatten Sie jemals einen positiven Hepatitis A;B;C;E- oder AIDS-Test ?	Nein	Ja
---	------	----

16. Hat es in Ihrer Familie Fälle von tödlicher familiärer Schlaflosigkeit, von Demenz, schwammförmiger Cerebropathien oder „Rinderwahnsinn“ gegeben?	Nein	Ja
---	------	----

Die Spende ist anonym, freiwillig und wird nicht vergütet

17. Wurden Ihnen in Vergangenheit Wachstumshormone oder Extrakte aus der Hirnanhangdrüse verabreicht?	Nein	Ja
18. Haben Sie eine autologe, allogene oder xenotrope Organ-, Gewebe- (Hornhaut, Hirnhaut) oder Zelltransplantation erhalten? Sind Sie jemals einer Hornhauttransplantation unterzogen worden?	Nein	Ja
Wann ? Wofür? Bitte angeben		
19. Wurden Ihnen jemals Blut, Blutbestandteile oder Blutprodukte verabreicht?	Nein	Ja
Wann? Bitte angeben		
20. Sind Sie Vollblut-, Blutplasma oder Blutplättchenspender?	Nein	Ja
Wenn ja, geben Sie an, in welchem Zentrum:		
21. Ist Ihnen jemals von der Blutspende abgeraten worden?	Nein	Ja
22. Haben Sie jemals für einen Angehörigen Knochenmark oder periphere Stammzellen gespendet?	Nein	Ja
Wann? Welche Art (Knochenmark/periphere Stammzellen)? Bitte angeben		
23. Welche anderen wichtigen Informationen über Ihre Gesundheit möchten Sie uns noch mitteilen?	Nein	Ja
Wann? Welche Art (Knochenmark/periphere Stammzellen)? Bitte angeben		

Nur für Frauen

24. Sind Sie derzeit schwanger?	Nein	Ja
25. Waren Sie jemals Schwanger?	Nein	Ja
Wie viele? Die letzte am? Bitte angeben		
26. Hatten Sie jemals Schwangerschaftsabbrüche?	Nein	Ja
Wie viele? Die letzte am? Bitte angeben		

Die Spende ist anonym, freiwillig und wird nicht vergütet

Hiermit erkläre ich, dass ich:

- den Fragebogen sorgfältig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe;
- die Informationen über die durch die Spende übertragbaren Krankheiten gelesen habe (Anlage C) und mich in keiner der beschriebenen Risikosituationen befinde;
- über den Ablauf der Spende ausreichend aufgeklärt wurde;
- die Möglichkeit hatte Fragen zu stellen;
- verstanden habe, dass mich der Arzt, der die endgültige Eignung zur Knochenmarkspende geben muss, mich erneut anrufen kann; und dass ich, wenn ich nicht geeignet bin, nicht ins Spenderregister eingeschrieben und meine biologischen Proben entsorgt werden.
- mich freiwillig der Abnahme einer biologischen Probe (Blut, Speichel oder Mundschleimhautzellen) unterziehe und mir dessen bewusst bin, dass in Zukunft, falls sich eine Kompatibilität mit einem auf die Knochenmarkspende wartenden Patienten ergibt, bei den Untersuchungen, welche für die Feststellung der Eignung zur Spende und zum Schutz des Empfängers notwendig sind, auch ein HIV Test dabei ist.

Datum, _____

(Unterschrift) _____

Erkennungsdaten des Mitarbeiters des Sanitätsbetriebes, welcher den potenziellen Spender befragt, dessen Identität festgestellt, sowie das Gespräch zur Erhebung der Informationen durchgeführt hat:

Vor-Zuname.....Qualifikation.....

Krankenhaus.....

Unterschrift des Arztes.....Datum.....

Erklärung der Eignung/Nicht-Eignung entsprechend der Kompetenz des Spenderzentrums (CD/PR)

Nach Einsichtnahme der im Anamnese-Fragebogen gegebenen Antworten erkläre ich, dass der/die Freiwillige, die erforderlichen Voraussetzungen um in das Knochenmarkspenderregister eingetragen zu werden.

Erfüllt Nicht erfüllt

Bemerkungen

Vor-und Zuname:.....Qualifikation.....

Krankenhaus.....

Datum, ____/____/____

Stempel

(Unterschrift des Arztes) _____