

II. PERSONENBEZOGENE DATEN UND PRIVATSPHÄRE

Bei der Spende werden Sie darum gebeten, eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit, Ihrem Lebensstil und Ihren Reisen zu beantworten. Anhand dieser Fragen können wir beurteilen, ob eine Blutspende für Sie und für die Kranken, die die Produkte Ihrer Spende erhalten werden, vollkommener unbedenklich ist.

Zudem werden andere personenbezogene Daten (Adresse, E-mail-Adresse, Telefonnummer) zu Verwaltungszwecken erhoben und gespeichert, damit wir Sie zu zukünftigen Spenden einladen Ihnen mögliche Ergebnisse biologischer Tests mitteilen, Sie über Veranstaltungen zur Förderung von Blutspenden informieren oder Ihnen wichtige Informationen über die Spenden zukommen lassen können.

Diese personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und können nicht für andere Zwecke verwendet werden. Zudem unterliegen die Sie betreffenden medizinischen Daten den ärztlichen Schweigepflicht.

Gemäß der belgischen Gesetzgebung werden die von Ihnen ausgefüllten medizinischer Fragebögen für einen Zeitraum von 15 Jahren aufbewahrt. Die Daten, anhand derer die Blutspender und die Blutderivate zum Zwecke einer umfassenden Nachverfolgbarkeit identifiziert werden können, werden für mindestens 30 Jahre und höchstens 40 Jahre aufbewahrt.

Der Verantwortliche für diese Daten ist der Blutdienst des Belgischen Roten Kreuzes (Rue du Fond du Maréchal 8 - 5020 Suarlée). Gemäß des europäischen Datenschutz-Grundverordnung können Sie jederzeit Auskunft über Ihre Daten, deren Berichtigung oder deren Weitergabe an eine befugte Person (Übertragbarkeit) verlangen. Jegliche Anträge bezüglich der gespeicherten Daten, die Sie betreffen, können über das Formular gestellt werden, welches zu diesem Zweck im Abschnitt „Vie Privée“ (Datenschutz) auf der Website: <https://www.croix-rouge.be> Bereitgestellt wird.

III. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Bei jeder Spende werden Sie nach dem Ausfüllen des vertraulichen medizinischen Fragebogens darum gebeten, diese informierte Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Diese bedeutet, dass, nachdem Sie alle Angaben über die Spende (Ablauf der Spende, durchgeführte Tests, Nutzen und Risiken für die Kranke, die die Produkte Ihrer Spende empfangen, Verarbeitung von personenbezogenen Daten usw.) sowie die Antworten auf alle von Ihnen gestellten Fragen erhalten haben, Sie:

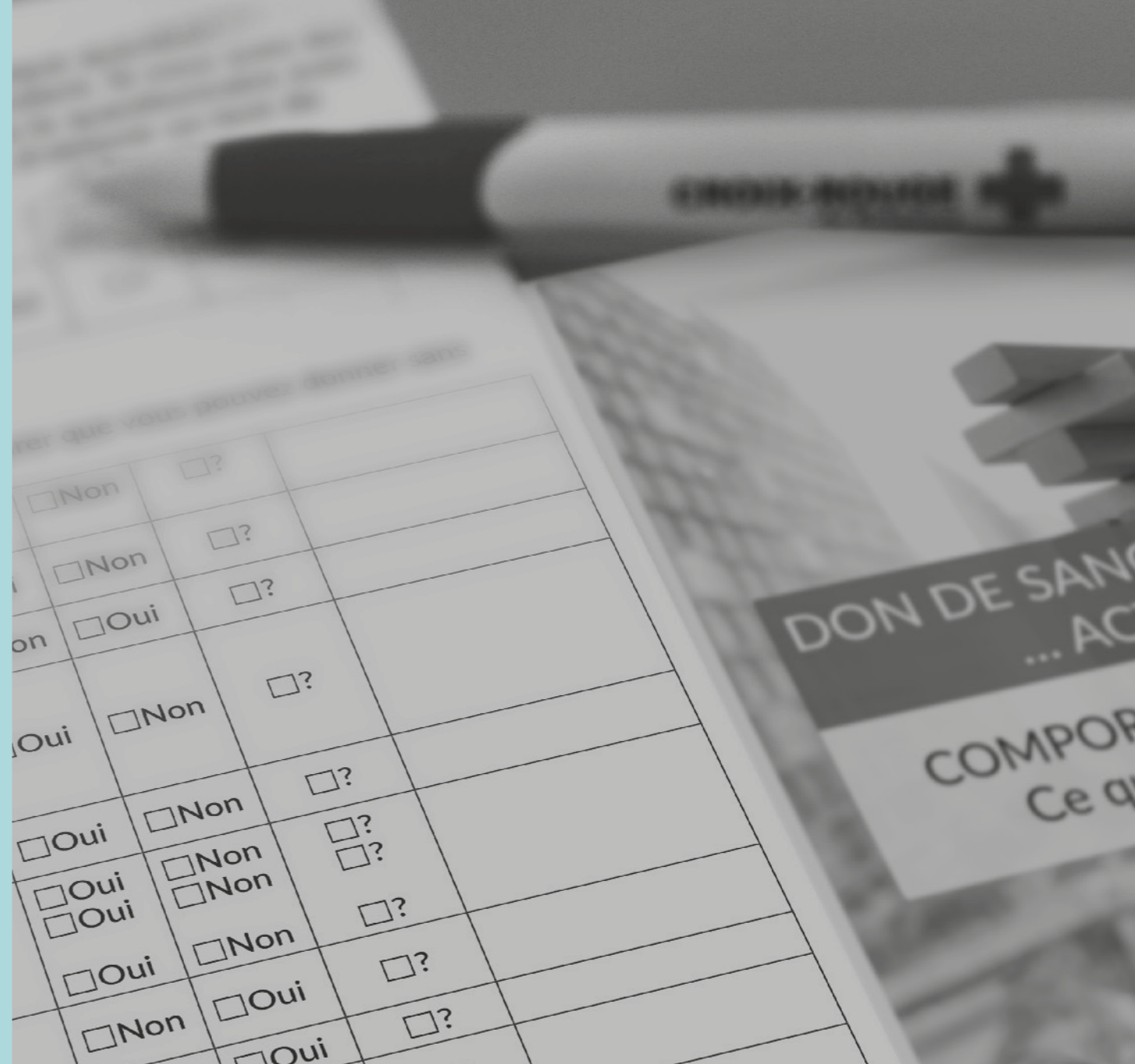
- ausdrücklich einwilligen, mit dem Spendenverfahren fortzufahren, indem Sie die nachstehenden Fragen beantworten und unterzeichnen,
- zudem bestätigen, dass die von Ihnen gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind,
- einwilligen bzw. nicht einwilligen, dass einer oder mehrere Bestandteile oder Proben ihrer Spende möglicherweise zu medizinischen oder wissenschaftlichen Forschungszwecken verwendet werden.

Es steht Ihnen jederzeit frei, problemlos und ohne Unannehmlichkeiten vor der Spende von dieser zurückzutreten oder die Spende während ihres Ablaufs zu unterbrechen.

Der Blutspendedienst hat meine Erlaubnis, mein Blut zu entnehmen, zu untersuchen und an einen oder mehrere Kranke zu übertragen	<input type="checkbox"/> Ja	
Ich erkläre nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben vollständig, wahr und richtig sind.	<input type="checkbox"/> Ja	
In bestimmten Fällen können Bestandteile meines Blutes für die medizinische oder wissenschaftliche Forschung verwendet werden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

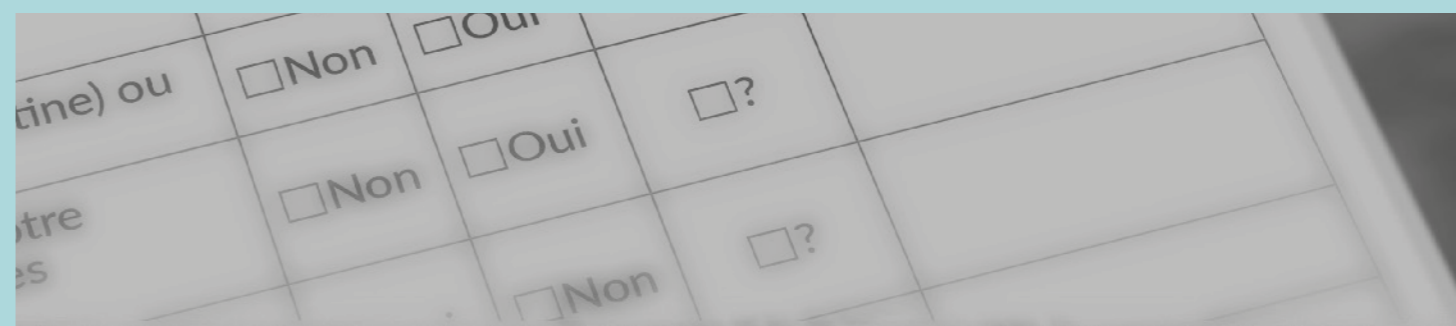
Unterschrift des Spenders	Unterschrift der untersuchenden Person
Datum / / 20.....	Datum / / 20.....
Nr afname	

OB SIE SPENDEN DÜRFEN ODER NICHT, WIR BEDANKEN UNS RECHT HERZLICH FÜR IHRE BEMÜHUNGEN.



VERTRAULICHER MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Service du Sang



I. VERTRAULICHER MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Sie werden vor jeder Spende darum gebeten, diesen Fragebogen auszufüllen. Lesen Sie sich bitte jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie diese wahrheitsgemäß. Ihre Sicherheit sowie die der Kranken, die die Produkte Ihrer Spende empfangen, hängt davon ab. Sollten Sie bezüglich bestimmter Fragen unsicher sein, sprechen Sie mit dem Arzt oder die Krankenpflegerin, welche den Fragebogen mit Ihnen durchgehen und Ihre Fragen beantworten werden. Spenden Sie niemals Blut, um eine Bluttest zu erhalten. Der Arzt bzw. der Krankenpfleger kann Ihnen sagen, an wen Sie sich hierfür wenden müssen.

			Ich weiß es nicht	Für die untersuchende Person
1	Haben Sie die Informationen über die Blutspende, Risikoverhalten und die über das Blut übertragbaren Krankheiten erhalten, gelesen und verstanden? (Dokument „Blutspende... ein verantwortungsvoller Akt. Risikoverhalten. Was man wissen muss“)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

A GESUNDHEIT UND BEHANDLUNGEN

Warum stellen wir Ihnen Fragen über Ihren Gesundheitszustand? Damit wir Angaben zu Krankheiten und Behandlungen oder andere Situationen erhalten, die eine Kontraindikation oder ein Problem für Ihre Blutspende sein könnten. Wir wollen sichergehen, dass Sie ohne Risiko für sich selbst oder den Empfänger spenden können.

2	Falls Sie bereits gespendet haben, ist Ihre letzte Spende gut verlaufen? Datum Ihrer letzten Spende:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
3	Werden Sie sich nach der Spende körperlich anstrengen, Sport treiben oder an einem Sicherheitsposten arbeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
4	Fühlen Sie sich fit und gesund?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ?	
5	Leiden Sie aktuell oder haben Sie jemals an einer der folgenden Krankheiten gelitten? Kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzrhythmusstörungen, Angina Pectoris (Brustschmerzen), Herzinfarkt), Schlaganfälle, epileptische Anfälle, Bluterkrankungen, Krebs, Diabetes, schlimme Allergien, Autoimmunerkrankungen, Erkrankungen des Verdauungsapparates, der Lunge oder anderer Art? Wenn JA, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
6	Kommen Sie zu uns im Rahmen einer Hämochromatosebehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
7	- Hatten Sie je eine Operation an Gehirn oder Rückenmark? - Wurde jemals bei Ihnen oder einem Familienmitglied die Creutzfeld-Jacob-Krankheit diagnostiziert? - Hatten Sie eine Behandlung mit Wachstumshormonen vor 1989?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	
8	Wurden Sie jemals positiv getestet auf HIV (AIDS), Hepatitis, Syphilis oder HTLV?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ?	
9	Hatten Sie schon mal einen Krankenhausaufenthalt, eine Operation oder eine Transplantation?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ?	
10	Konsultieren Sie regelmäßig einen Hausarzt oder einen Spezialisten? Oder mussten Sie dies in der Vergangenheit tun?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
11	Seit Ihrer letzten Blutspende (oder in den letzten 6 Monaten, falls Sie erstmalig spenden), haben Sie: - Eine Impfung bekommen oder sich einer Desensibilisierungskur unterzogen? - Medikamente eingenommen, sei es nur ein Aspirin? Wenn JA, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	
12	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®(Acitretin) oder Tigason® (Etretinat) eingenommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ?	
13	Seit Ihrer letzten Blutspende (oder in den letzten 4 Monaten, falls Sie erstmalig spenden): Hatten Sie eine Erkrankung, Fieber (≥ 38°C) oder wurde eine medizinische Untersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ?	
14	Seit Ihrer letzten Blutspende (oder in den letzten 4 Monaten, falls Sie erstmalig spenden): Hatten Sie einen Hautausschlag (Pickel, Flecken, Rötungen) oder einen Zeckenbiss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
15	Waren Sie in den letzten 7 Tagen bei einem Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
16	Hatten Sie je eine Bluttransfusion? Wenn JA :Wann?, In welchem Land?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	

FRAGE AN FRAUEN

17	Hatten Sie bereits eine Geburt, Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ?	
18	Sind Sie derzeit schwanger oder waren Sie es seit der letzten Spende?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ?	

B AUSLANDSAUFENTHALTE

Bei Reisen in bestimmte Länder könnten Sie Träger einer Krankheit geworden sein, die über das Blut übertragen wird, und die vorerst unbemerkt bleibt oder „schlummert“ während der Inkubationszeit. Vor Ihrer Blutspende kann daher eine Wartezeit erforderlich sein, damit eine solche Erkrankung nicht durch die Produkte Ihrer Spende an die Kranken weitergegeben wird.

		Ich weiß es nicht	Für die untersuchende Person
19	In welchem Land wurden Sie geboren und wo haben Sie bis zu Ihrem 5. Lebensjahr gelebt?		
20	Haben Sie zwischen dem 01/01/1980 und dem 31/12/1996 mindestens 6 Monate (Gesamtaufenthalt) in Großbritannien (England, Schottland, Wales, Nordirland) verbracht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ?
21	Hat Ihre Mutter vor Ihrer Geburt in Mittel- oder Südamerika gelebt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?
22	Seit Ihrer letzten Spende (oder seit Ihrer Geburt, falls Sie erstmalig Spenden): - Hatten Sie Malaria oder eine Chagas-Erkrankung? - Waren Sie außerhalb Belgiens (sogar für einen Tag)? Wenn JA, in welchem Land (Zwischenstopps und Durchreisländer inbegriffen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?

C MÖGLICHKEIT EINES KONTAKTES MIT DURCH BLUT ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

Weshalb wir Ihnen so viele unterschiedliche und intime Fragen stellen? Eine Wartezeit kann erforderlich werden, wenn das Risiko besteht, dass Sie einer durch Blut übertragbaren Krankheit ausgesetzt waren. Und warum dies?

- Unser Labor testet Ihre Spende nicht auf alle Krankheitserreger (z.B. Grippe, Mononukleose ...)
- Selbst für die Krankheitserreger, auf die Ihr Blut systematisch getestet wird (Syphilis, HIV(AIDS), Hepatitis B und C), existiert eine mehr oder weniger lange Inkubationszeit („Schlummerphase“). Während dieser Periode bleiben die Tests negativ, obwohl der Erreger im Blut vorhanden ist und auch übertragen werden kann.

ALGEMEINE RISIKEN

23	Haben Sie jemals Drogen auf intravenösem oder intramuskulärem Weg konsumiert oder leistungssteigernde Produkte/Anabolika, die nicht von einem Arzt verschrieben wurden, eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
24	Seit Ihrer letzten Spende (oder in den letzten 4 Monaten, falls Sie erstmalig Spenden), haben Sie: - Sich einer Operation oder eine Endoskopie (Magen-, Darm-, Gelenk- oder Nasenspiegelung) unterzogen? - Sich einer Behandlung mit Nadeln unterzogen: Tätowierung (einschließlich Permanent Make-up), Piercing (einschließlich Ohringe), Mesotherapie, Akupunktur? - Kontakt mit menschlichem Blut durch Stiche, Bisse, Wunden oder Spritzer gehabt? - Drogen auf intranasalem Weg konsumiert? - Mit einer Person zusammen gelebt, die auf Hepatitis B positiv getestet wurde? - Mit einer Person Kontakt gehabt, die an einer ansteckenden Krankheit leidet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	

SEXUELLE RISIKEN

25	Seit Ihrer letzten Blutspende (oder in den letzten 4 Monaten, falls Sie erstmalig spenden): Hatten Sie eine(n) neue(n) Partner(in) – auch nur gelegentlich*?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ?	
26	Hatten Sie oder Ihr Partner (Ihrer Kenntnis nach) in den letzten 12 Monaten: - Eine sexuelle Beziehung gegen Bezahlung oder andere Leistungen*? - Gleichzeitig mehrere Sexualpartner(innen)*?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	
27	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine(n) Sexualpartner(in), der (die) Ihrer Kenntnis nach: - positiv auf Syphilis, HIV (AIDS), HTLV, Hepatitis B oder C getestet wurde? - Drogen auf intravenösem oder intramuskulärem Weg konsumiert hat? - Nicht aus Westeuropa stammt, und sich seit weniger als 12 Monaten in Belgien befindet (*)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	
28	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine sexuelle Beziehung *: FÜR MÄNNER: Mit einem Mann? FÜR FRAUEN: Mit einem Mann, der Ihrer Kenntnis nach eine sexuelle Beziehung mit einem Mann hatte*?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	

* mit oder ohne Kondom