



Muster-Aufklärung © 2009 Nachdruck nur mit Genehmigung. Fotokopieren verboten

Krankenhaus Name
 Anschrift: Straße, Ort, Tel.:
 Abteilung:
 Direktor:

Feld für Patientendaten

AUFKLÄRUNG und EINWILLIGUNG zur Eigenblutentnahme

Der/die Arzt/Ärztin Herr/Frau _____ hat mit mir ein abschließendes ausführliches Aufklärungsgespräch über eigenblutentnahme geführt. Anlaß, Begründung und Zweck, die Dringlichkeit und mögliche Folgen der Nichtbehandlung wurden mir erläutert. Umfang und geplanter Ablauf mit möglichen Erweiterungen wurden mir erklärt. Mir ist bekannt, dass unter Umständen nach der Transfusion lebensrettende Maßnahmen nötig werden können, die unabweisbar sind.

Während meiner Behandlung kann es nötig sein, dass mir Blut oder Blutbestandteile übertragen werden müssen. Je nach Bedarf können dies rote Blutkörperchen (Erythrozyten), Blutplättchen (Thrombozyten), Blutflüssigkeit (Plasma oder Plasmabestandteile) und aus Blut hergestellte Medikamente sein. Je nach Erfordernissen kann im Laufe einer Behandlung die Gabe unterschiedlicher Blutpräparate nötig werden. Über die Möglichkeit der Eigenblutspende wurde ich, falls dies für mich in Betracht kommt, von dem behandelnden Arzt bereits ausführlich aufgeklärt.

Bei mir ist ein operativer Eingriff geplant. In Vorbereitung darauf soll mir Eigenblut entnommen werden, das mir während oder nach der Operation wieder zugeführt wird.

Ich wurde von meinem Hausarzt untersucht und meine Spendefähigkeit wurde schriftlich bestätigt.

Die Blutentnahme erfolgt aus einer Armvene und dauert in der Regel fünf bis zehn Minuten. Ich soll nach der Spende 10 Minuten ausruhen und noch etwa 30 Minuten bei uns aufzuhalten.

Eine Tätigkeit mit besonderer Gefährdungslage (Autofahren, Busfahrer, Pilot, Dachdecker etc.) darf ich frühestens 6 Stunden nach der Spende wieder aufnehmen.

Im Regelfall kommt es durch die Blutspende nicht zu einer Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens. Störungen wie Kreislaufkollaps, unregelmäßige Herzrhythmusstörungen und Nachblutungen sind selten. Schädigungen von Blutgefäßen und Nerven oder Entzündungen und blaue Flecke durch die Punktion des Armes treten ebenfalls selten auf.

Wichtig:

Jede noch so geringe Veränderung des körperlichen Wohlbefindens während der Blutentnahme müssen Sie unverzüglich dem betreuenden Entnahmearzt melden! Ebenso müssen gesundheitliche Störungen, die nach der letzten Spende und evtl. bis zur Operation auftreten sollten, dem Entnahmearzt, Hausarzt oder aufnehmenden Stationsarzt mitgeteilt werden.

Ihre Blutspende wird so bearbeitet und aufbewahrt, dass sie bei meiner Operation zur Verfügung steht. In seltenen Ausnahmefällen kann das entnommene Blut, z.B. durch Beschädigung des Behältnisses, nicht verwendet werden. Die Haftung durch den Blutspendedienst bei Beschädigung oder Verlust der Eigenblutkonserve ist ausgeschlossen.

Die Anwendung der Eigenblutkonserve ist ebenfalls ausgeschlossen, wenn durch eine Verschiebung des Operationstermins das Verfalldatum überschritten wird.

Eigenblutkonserven sind ausschließlich für den Spender bestimmt und dürfen nach den Richtlinien nicht für Dritte verwendet werden. Mein Blut wird von uns auf Anzeichen einer Leberentzündung, auf Syphilis und auf Anzeichen einer Infektion mit dem AIDS-Virus untersucht.

Konserven mit fraglich positiven Laborergebnissen oder positiven Laborergebnissen können nach den Richtlinien nicht übertragen werden. (Im Extremfall kann es passieren, dass die selbst gespendete Konserven nicht verwendet werden kann.) Dies gilt auch für ungenügend gefüllte Konserven.

Die Bluttransfusion

Transfusionen werden vom Arzt nur nach sorgfältiger Abwägung der Vorteile einer Transfusion und ihrer Risiken angeordnet. Über eine Kanüle in der Vene fließen Blut bzw. Blutbestandteile aus einem Beutel oder einer Flasche in die Vene ein.

Manchmal ist es aufgrund von Massivtransfusionsbedürftigkeit nötig, die Präparate mit leichtem Überdruck in die Vene zu pumpen. Wie bei allen Infusionen ist durch Punktion der Vene eine Schädigung von Blutgefäßen bzw. Nerven mit eventuellen Folgeerscheinungen wie Venenentzündung oder leichten Gefühlsstörungen möglich.

Leiden oder litten Sie jemals an folgenden Erkrankungen?

	ja	nein
Bluterkrankungen, Blutarmut, hämolytischer Anämie, Leukämie, Polyzytämie (Vermehrung der roten und weißen Blutzellen), Gerinnungsstörungen (angeboren oder erworben), Thrombosen oder Embolien		
Erkrankung des Immunsystems (angeborener oder erworbener Abwehrschwäche)		
Herz- oder Gefäßkrankheiten		
Lungenerkrankungen (chronischer Bronchitis, unerklärtem Husten)		
Hatten Sie eine Gelbsucht?		
Allergien (Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Röntgenkontrastmittel, Fremdeiweiß) oder Asthma		
Wenn ja, wogegen?		
Haben Sie jemals Übertragungen von Blut oder Blutbestandteile bekommen?		
Wenn ja, wann?		
Haben Sie die Transfusion gut vertragen?		
Sind bei Ihnen irreguläre Antikörper gegen Erythrozyten, Thrombozyten, Leukozyten oder sind Plasmaeiweißantikörper, Plasmaeiweißmangel bekannt?		
Betrifft Frauen:		
Waren Sie jemals schwanger? Hatten Sie eine Entbindung, Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?		
Gab es bei Schwangerschaften bzw. Geburten irgendwelche Probleme?		
Wenn ja, welche?		
Könnten Sie zur Zeit schwanger sein?		

Erklärung

Die oben genannten Ausführungen habe ich verstanden, Fragen über Transfusionen oder andere Behandlungsmethoden, über eventuelle Komplikationen und ihre Häufigkeit wurden mir ausführlich beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Bedenkzeit.

Mit der Entnahme von Blutspenden zur späteren Rückgabe an mich bin ich einverstanden. Ich bin über den Ablauf der Spende und mögliche Komplikationen aufgeklärt worden. Alle mich interessierenden Fragen zur Eigenblutspende wurden ausreichend beantwortet.

Nicht benötigte Konserven dürfen nach Entlassung aus dem Krankenhaus vernichtet werden.

Ich versichere, dass ich den untersuchenden Ärzten richtige und vollständige Angaben über meine Krankengeschichte gemacht habe. Ich bin einverstanden, daß frühere Krankenunterlagen beigezogen werden. Mir ist bekannt, daß Daten über meine Behandlung für die Qualitätssicherung und Nachsorge gespeichert werden. Sie werden an Dritte jedoch nur in anonymisierter Form weitergegeben. Meine behandelnden Ärzte werden ihre Schweigepflicht sorgfältig beachten.

Mir ist bekannt, daß Daten über meine Behandlung für die Qualitätssicherung und Nachsorge gespeichert und an Dritte weitergegeben werden können. Insoweit entbinde ich die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle eines Rückverfolgungsverfahrens (Blutpräparate) meine Daten an die zuständige Aufsichtsbehörde sowie die betroffenen Transfusionsdienste weitergegeben werden.

Ich weiß, daß ich meine Einwilligung jederzeit auch ohne Begründung zurückziehen kann.

Eine Inhaltsbeschreibung des Gespräches (Aufklärungsbogen) mit eventuell notwendigen Ergänzungen habe ich erhalten/nicht erhalten**).

Ich hatte genügend Zeit, den Eingriff zu überdenken und erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme sowie mit notwendigen Erweiterungen und Änderungen einverstanden.

Ort, den

Patient/in
oder/und Sorgeberechtigter / Betreuer

Zeuge mit Namen

Aufklärende/r Arzt/Ärztin

Bei Abgabe der Erklärung durch nur einen Elternteil oder einen Betreuer: Hiermit versichere ich, daß ich die Einwilligung in den vorgesehenen ärztlichen Eingriff mit Einverständnis des anderen Elternteils erkläre und daß ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin.