

Universitätsmedizin Göttingen

Abteilung Transfusionsmedizin
Blutspende / Zellseparation

Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

Abteilung Transfusionsmedizin

Direktor: PD Dr. med. J. Riggert
Telefon: 0551 / 39 64446
Telefax: 0551 / 64440
E-Mail: tfm@med.uni-goettingen.de

Fragebogen zur Identifikation von Blutspender*innen für die Gewinnung von Rekonvaleszentenplasmen (RKP) nach ausgeheilter COVID-19 Erkrankung

(bitte ausfüllen und ggf. als FAX oder eingescanntes .pdf-Anhang einer Mail an die o.g. Kontaktdaten übermitteln)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich divers

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Mit den folgenden Fragen soll ermittelt werden, ob klinische Symptome vorlagen, die auf eine COVID-19 („Corona“) Infektion hinweisen könnten.

1. Haben Sie selbst im Jahr 2020 eine COVID-19 Infektion („Corona“) durchgemacht?

Ja Nein Wenn ja: Wann hatten Sie erste Beschwerden? _____

Seit wann sind Sie frei von Beschwerden? _____

2. Falls ja: Unter welchen Beschwerden litten Sie bei diesem Infekt (bitte ankreuzen)?

- Husten Schnupfen Halsschmerzen Schüttelfrost Luftnot
 Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn Fieber (Ggf. max. Temp. _____°C)
 Übelkeit Durchfall Erbrechen Appetitverlust Kopfschmerzen
 Gliederschmerzen Hautausschlag Lymphknotenschwellung
 Sonstiges (bitte ggf. aufschreiben): _____

3. Waren Sie seit dem 01.01.2020 in einem Corona-Risikogebiet?

Wo / wann? _____

4. Ist Ihnen bekannt, über welchen Weg Sie mit der Infektion in Kontakt kamen?

Nein Ja Wenn ja:
Wann hatten Sie sich angesteckt? _____

Wie haben Sie sich angesteckt? _____

5. War die Gabe von Antibiotika erforderlich? Ja Nein

6. Wurden Sie durch einen Nasen / Rachenabstrich auf das Vorliegen von SARS-CoV-2 („Coronavirus“) mittels PCR getestet? Ja Nein (nicht getestet)

Wenn ja, wie fiel das Ergebnis aus? Positiv Negativ Testdatum: _____

Liegt Ihnen das Ergebnis dieser Untersuchung schriftlich vor? Ja Nein

Wenn nein:

Liegt dieser Befund Ihrem Hausarzt* Ihrer Hausärztin / behandelnde*r Arzt*Ärztin vor?

Ja Nein

7. Fühlen Sie sich gesund? Ja Nein

8. Wären Sie ggf. nach Prüfung Ihrer Spendetauglichkeit bereit, Blutplasma für eine*n Patient*in mit schwerer COVID-19 Infektion zu spenden?

Ja Nein

9. Haben Sie schon einmal Blut gespendet?

Ja Nein

Mit der Übermittlung dieser Informationen an die Abteilung Transfusionsmedizin der UMG werden Ihre Daten ausschließlich zum Zwecke der Eignung für diese Form der Blutspende erfasst, gespeichert und verwaltet. Falls Sie auf Grundlage Ihrer Informationen für das genannte Programm infrage kommen, wird sich die Abteilung Transfusionsmedizin über die von Ihnen angegebenen Kontaktdaten bei Ihnen melden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anmerkungen: