

# Auftrag zur Eigenblutspende

Bitte bis spätestens 8 Wochen vor Operationstermin  
an das Blutspendezentrum weiterleiten

## Angaben zur Operation

Operationsdatum: ..... Spital ..... Operateur : .....

Art des Eingriffes ..... Behandlungsgrund:  Unfall  
 Geburtsgebrechen  
 Krankheit

Gewünschte Anzahl Eigenblutspenden (EBS) à 400 – 450 ml Vollblut  1 EBS  
 2 EBS  
 3 EBS  
 4 EBS

## Eigenblutspender

Name ..... Telefon .....  
Vorname ..... Geburtsdatum .....  
Strasse ..... Krankenkassen-Nr. ....  
PLZ, Wohnort ..... AHV-Nummer .....

## Auftraggeber (Hausarzt)

(Praxisstempel) Fax .....  
Telefon .....  
Datum .....  
Unterschrift .....

## Angaben zum Eigenblutspender / Spendetauglichkeitsbeurteilung (durch den Hausarzt auszufüllen)

Begleiterkrankungen.....  
.....

Medikamente .....

Perorale Eisengabe 1 Woche vor erster Spende beginnend.

Gewicht (kg) ..... (Hb g/l ..... Blutdruck ..... Puls ..... gute Cubitalvenen:  ja  nein

## Kontraindikationen für die Eigenblutspende sind :

symptomatische KHK oder Infarkt < 2 Jahre	Aortenstenose, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen
Art. Hypertonie (>180 / 110)	Schwere chronische Lungenerkrankung
Hypotonie (<100 /50)	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus
Instabile Epilepsie (>1 Anfall/Jahr)	Zerebrovaskuläre Ereignisse (CVI oder TIA < 2 Jahre)
Systemische Infektionen	Generalisierte Tumorleiden
Anämie (< 120 g/l)	PAVK
HIV-Ak, HCV-Ak, HBsAG - Nachweis	Orale Antikoagulation

**Zulassung zur Eigenblutspende:**  ja  nein  
(durch den Spendearzt auszufüllen)

Datum ..... Spendearzt .....