

## Auftrag zur Eigenserumspende

### Patient

Name ..... Telefon .....  
Vorname ..... Geburtsdatum .....  
Strasse ..... PLZ, Wohnort .....

### Zuweiser

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

### Angaben zum Patient / Spendetauglichkeitsbeurteilung (durch den Zuweiser auszufüllen)

Begleiterkrankungen.....  
.....  
Medikamente.....  
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                                |

**Kostengutsprache Krankenkasse / Kostenübernahme Patient vorliegend:**  ja  nein  
(ohne Kostengutsprache/Kostenübernahme erfolgt kein Aufgebot des Patienten zur Entnahme)

Datum der letzten Eigenserumspende: ..... (Mindestintervall 90 Tage)

Ausgefüllte Anmeldung zusammen mit ärztlicher Verordnung für autologe Augentropfen senden an:

Spitalpharmazie KSA, Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse 25, 5001 Aarau  
E-Mail: spitalpharmazie.info@ksa.ch  
Fax: 062 838 4248

**Zulassung zur Eigenserumspende:**  ja  nein (durch Spitalpharmazie KSA auszufüllen)

Datum ..... Visum .....

**Zulassung zur Eigenserumspende:**  ja  nein (durch Blutspendedienst auszufüllen)

(bei nein: Kopie an Zuweiser / Spitalpharmazie KSA)

Datum ..... Visum Spendearzt .....