

**Universitätsmedizin Göttingen**

**Abteilung Transfusionsmedizin**  
Blutspende / Zellseparation

Robert-Koch-Str. 40  
37075 Göttingen

**Abteilung Transfusionsmedizin**

Direktor: PD Dr. med. J. Riggert  
Telefon: 0551 / 39 22750  
Telefax: 0551 / 8691  
E-Mail: tfm@med.uni-goettingen.de

**Fragebogen zur Identifikation von Blutspendern 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 / behandelnden Arzt vor?  Ja  Nein

7. Fühlen Sie sich gesund?  Ja  Nein

8. Wären Sie ggf. nach Prüfung Ihrer Spendetauglichkeit bereit, Blutplasma für einen Patienten 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: