

# GRUPPENSTUNDE

## STUNDENBLATT

### BEREICH

## Blut und Blutspenden

### STUNDENTHEMA

## Besuch in der Blut- und Gewebekbank

### Stundenziel

Kennenlernen der Blut- und Gewebekbank, ihrer Aufgaben und ihrer Leistungen. Kennenlernen des Ablaufs einer Blutspende, Kenntnis der eigenen Blutgruppe. **RK-Grundsatz:** Unabhängigkeit – „Selbstbestimmung wahrt unsere Grundsätze.“  
**ÖRK-Leitbild:** „Wir setzen uns mit ganzer Kraft ein, damit die, die uns brauchen, höchste Qualität bekommen.“

### THEMENÜBERSICHT

- Blut – was ist das?
- Blut sehen und hören
- Unser Blutdruck
- Landsteiner/Blutgruppen
- Blutverlust und Transfusion
- Blutspenden: Wer? Wie? Warum?
- Besuch in der Blut- und Gewebekbank
- Eine Blutspendeaktion unterstützen

VORBEREITUNGEN	PROGRAMM/INHALTE	VORAUSSETZUNGEN	NACHBEREITUNG UND WEITERFÜHRUNG	TIPPS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sich beim Jugendservice über ausgeschriebene Exkursionstermine erkundigen</li> <li>▶ Gruppe für Exkursion beim Jugendservice anmelden (Kontakt siehe Rückseite)</li> <li>▶ Exkursion planen (Anreise, Begleitperson, Kosten ...)</li> <li>▶ Gruppe und Erziehungsberechtigte informieren (Termin, Dauer, Anreise, Kosten ...) &amp; Anmeldungen einholen</li> <li>▶ Einverständniserklärung von Erziehungsberechtigten unterschreiben lassen (<b>Einverständniserklärung, A5</b>)</li> <li>▶ Was wollen wir auf dem Lehrausgang erfahren? Fragen formulieren, auf Kärtchen aufschreiben und auf die Exkursion mitnehmen</li> <li>▶ Dokumentation des Lehrausgangs vereinbaren (Fotos, Tonband-/ Videoaufnahmen, Fragenliste ...) Wer übernimmt welche Aufgaben?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Information über Blut und Blutspende</li> <li>▶ Die Blut- und Gewebekbank und ihre Aufgaben</li> <li>▶ Ablauf der Blutspende</li> <li>▶ Blutspendespots mit Tom Öhler</li> <li>▶ Führung durch das Labor</li> <li>▶ Kennenlernen der Geräte und Instrumente, die bei der Blutspende und bei den Blutkontrollen zum Einsatz kommen</li> <li>▶ Informationen über Blut-Checks</li> <li>▶ Blutropfen mikroskopisch betrachtet</li> <li>▶ Bestandteile des Blutes</li> <li>▶ Bestimmung der eigenen Blutgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Die Bestandteile und Aufgaben des Blutes kennen (Gruppenstunde „Blut – was ist das?“)</li> <li>▶ Notwendigkeit und Arten von Blutspenden kennen (Gruppenstunde „Blutspenden: Wer? Wie? Warum?“)</li> <li>▶ Gesundheitsfragebogen für Blutspender lesen (<b>Gesundheitsfragebogen, B35/36</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nachbesprechung in der nächsten Gruppenstunde: Was habe ich in der Blut- und Gewebekbank erfahren?</li> <li>▶ Fragen beantworten</li> <li>▶ Bericht/Reportage/Plakate/Bildpräsentation/Video erstellen und evtl. anderen Gruppen/Eltern präsentieren</li> <li>▶ Gestaltung &amp; Verteilung von Informationsblättern zur Blutspende an deiner Ortsstelle</li> <li>▶ Welche Blutgruppen sind in unserer Gruppe vertreten? Auflistung/Häufigkeit</li> <li>▶ Unterstützung einer Blutspendeaktion (siehe Gruppenstunde „Eine Blutspendeaktion unterstützen“)</li> <li>▶ Teilnahme an Blutspendewettbewerben des Roten Kreuzes, die auf nationaler und regionaler Ebene immer wieder ausgeschrieben werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Infos zur Blut- und Gewebekbank Linz: siehe Link auf der Rückseite</li> <li>▶ Kontakt Jugendservice: siehe Rückseite</li> </ul>

GL = Gruppenleiter | TN = Teilnehmer

## HINWEISE

Bei der Bestimmung der Blutgruppe dürfen sich die Teilnehmer gegenseitig in den Finger stechen. Dafür ist die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten erforderlich. Das passende Formular für deine Gruppenmitglieder bekommst du vom Jugendservice, nachdem du deine Gruppe zur Exkursion in die Blut- und Gewebekbank angemeldet hast.

Kontakt: Christine Widmann, Rotes Kreuz Oberösterreich, Jugendservice, Körnerstraße 28, 4020 Linz, Tel.: 0732/76 44-197, E-Mail: christine.widmann@o.roteskreuz.at

In anderen Bundesländern wende dich bitte an das ÖRK/ÖJRK in deinem Bundesland.

## LINKS

[www.blut.at](http://www.blut.at)

Blutspendespot mit Tom Öhler:

[www.youtube.com/watch?v=BRfrvweamKQ](https://www.youtube.com/watch?v=BRfrvweamKQ)

Blutspenden in Oberösterreich: [www.roteskreuz.at/ooe/blutspende](http://www.roteskreuz.at/ooe/blutspende)

Die Blut- und Gewebekbank Linz: [www.roteskreuz.at/ooe/blutspende/organisation/die-blutzentrale-linz](http://www.roteskreuz.at/ooe/blutspende/organisation/die-blutzentrale-linz)



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

VOM ABNAHMEPERSONAL / ARZT AUSZUFÜLLEN



BG	Rh + / -	Hb (g/dl) mind. w/m 12,5/13,5	RR (mmHg) diast. 50/100 syst. 100/180	Puls/Min. mind./max. 50/100	Temp (°C) max. w/m 38,0/37,5	Vene Li-Arm	Vene Re-Arm	Nadel- entfernung	Datum
					3				

Frau  Herr **GESUNDHEITSFRAGEBOGEN**Bitte in Großbuchstaben, innerhalb der vorgegebenen Felder ausfüllen  
KEINE roten Stifte verwenden!

Familienname											Akad. Grad		
Vorname					Geb. Datum	T T M M	1 9	J J	Größe	cm	Gewicht	kg	
PLZ/Ort							Tel. Nr.	0					
Straße/ Haus Nr.							Mobil/ Handy	0					
Kranken- Kasse	Soz. Ver- Nr.		E-Mail										

Als Blutspender können Sie zu jedem Zeitpunkt des Spendeablaufes problemlos, ohne Angabe von Gründen und ohne Unannehmlichkeiten von Ihrer Blutspende zurücktreten (freiwilliger Selbstausschluss)!

Unser Blutspendearzt berät Sie gerne bei Fragen zur Blutspende!

Bitte Zutreffendes ankreuzen! Ja Nein

1. Fühlen Sie sich <b>gesund</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wiegen Sie über 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie schon einmal Blut, Blutplättchen oder Blutplasma gespendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, war das innerhalb der letzten 6 Wochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, haben Sie die früheren Blutspende gut vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie schon einmal als Blutspender <b>abgelehnt</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann, warum?		
5. <u>Weibliche Spender</u> : Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate <b>schwanger</b> oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen (auch Salben, Tropfen und Hausmittel)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein <b>Medikament gegen Akne</b> eingenommen (z.B. Roaccutan, Isotretinon, Ciscutan, Lurantal, Neotigason)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich in der letzten Woche einer <b>zahnärztlichen Behandlung</b> oder einem kleineren <b>chirurgischen Eingriff</b> (z.B. Muttermal-Entfernung) unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie innerhalb der letzten 4 Wochen <b>geimpft</b> (auch Schluckimpfungen)? Wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein <b>Immunglobulin</b> (passive Impfung) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verwenden Sie <b>Drogen, Alkohol oder Medikamente</b> in missbräuchlicher Weise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Leiden Sie an <b>Allergien</b> oder lassen Sie eine <b>Desensibilisierung</b> durchführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie derzeit entzündliche offene Hautstellen oder <b>Hautausschlag, Fiebersnasen, Wunden</b> im Mund oder anderen Körperregionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen <b>Zeckenbiss</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen <b>Durchfall</b> oder einen <b>fieberhaften Infekt</b> (Fieber über 38°C) oder Kontakt zu Personen mit <b>Infektionskrankheiten</b> (z.B. Grippe, Masern, Mumps)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten <b>tätowieren</b> oder <b>piercen</b> lassen oder tragen Sie ein <b>Permanentes Make up</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in den letzten 4 Monaten außerhalb einer medizinischen Einrichtung <b>akupunktiert</b> oder in das Ohr gestochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine <b>Schnitt- oder Stichverletzung</b> mit „verunreinigten“ medizinischen Instrumenten?		
15. Haben oder hatten Sie in den letzten 4 Monaten unklares Fieber, Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß oder unklaren Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus oder in einer medizinischen Einrichtung (z.B. schwerer Unfall, größere Operation, Magen- oder Darmspiegelung, Endoskopie, Therapie über zentralen Venenzugang, Verweilkatheter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten engen <b>infektionsgefährdeten Kontakt</b> zu Personen (z.B. Lebensgemeinschaft oder familiäre Pflege), die an <b>Hepatitis B, Hepatitis C, HIV oder Tuberkulose</b> leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben oder hatten Sie eine <b>Herz-/Kreislaufkrankung</b> (Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombosen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostenlose Info-Hotline 0800 190 190 oder im Internet unter <http://www.o.rotekreuz.at>

A Bitte wenden!

Bitte Zutreffendes ankreuzen! Ja Nein

19.	Leiden oder litten Sie an einer <b>chronischen Erkrankung: Asthma, Autoimmunerkrankung, Blutungsneigungen, Diabetes, Epilepsie, Krebs, Nierenerkrankung, Rheuma, Osteomyelitis, neurologische Erkrankung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Haben Sie jemals <b>Blutkonserven</b> und/oder <b>Gerinnungsfaktoren</b> erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Waren Sie in den letzten 6 Monaten im <b>Ausland?</b> (Tagesausflüge oder Einkaufsfahrten in das benachbarte Grenzgebiet müssen hier nicht angeführt werden) Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie in einem <b>Malariagebiet</b> geboren, bzw. aufgewachsen oder haben Sie sich dort länger aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Waren Sie in den letzten 4 Wochen in einem <b>Westnil-Virus-Infektionsgebiet</b> wie zum Beispiel USA, Mexiko, Kanada, Israel oder in einem europäischen Risikogebiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionen: <b>HIV, Leberentzündung (Hepatitis), Syphilis, Chagas-Krankheit, Q-Fieber, Leishmaniose, Leptospirose, HTLV-1/2, Rickettsiose, Schlafkrankheit, Malaria oder andere?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Waren Sie in den letzten 2 Jahren an <b>Tuberkulose, Toxoplasmose, Brucellose, Borreliose</b> oder in den letzten 6 Monaten an <b>Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber)</b> erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Wurde bei Ihnen oder einem Familienangehörigen jemals die <b>Creutzfeldt-Jakob'sche Erkrankung</b> oder eine andere von Prionen verursachte <b>Enzephalopathie (vCJD)</b> vermutet oder festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Haben Sie sich zwischen 1980 und 1996 insgesamt mehr als <b>6 Monate in Großbritannien</b> aufgehalten? Wurden Sie jemals in diesem Land operiert? Haben Sie in diesem Land Blutkonserven oder Gerinnungsfaktoren erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Wurden oder werden Sie mit <b>menstruellen Wachstumshormonen</b> oder einem anderen <b>Hypophysenextrakt</b> behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Haben Sie sich einer <b>stereotaktischen Operation (Gehirneingriff mittels Sonde)</b> unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Sind Sie Empfänger von <b>Organ-, Gewebe-, Hornhaut- od. Gehirnhaut-Transplantaten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Hatten Sie <b>Sex im Austausch für Geld oder Drogen?</b> Haben Sie (sich) <b>Drogen gespritzt oder geschnupft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Waren Sie jemals einem (auch einmaligen) Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV) durch Intimpartner mit Risikoverhalten ausgesetzt? Hatten Sie Geschlechtsverkehr mit einer Person aus einem Risikogebiet (z.B. Afrika, Asien)? Beachten Sie die aufliegende Aids- und Spenderinformation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<b>Männliche Spender:</b> Hatten Sie als Mann Sex mit einem anderen Mann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin damit einverstanden, dass der Blutspendedienst des Roten Kreuzes mich schriftlich, telefonisch, per SMS bzw. per E-Mail über Blutspendeaktionen informiert. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin damit einverstanden, dass mir Blut und Blutbestandteile entnommen werden. Das Blut wird zur Herstellung von Blutprodukten verwendet und auf verschiedene Krankheiten und gesundheitsrelevante Blutwerte getestet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restmaterial der Blutspende kann für wissenschaftliche Zwecke und zur Entwicklung neuer Testmethoden verwendet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Hinweise auf mögliche Infektionskrankheiten (z.B. AIDS), Blutspendekomplikationen und meinen „freiwilligen Selbstabschluss“ (siehe Spenderinformation) habe ich erhalten, gelesen und verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin über Spenderrisiken im Rahmen der Blutspende aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und meine Fragen wurden zur Gänze beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Spender-Erklärung:**

Ich versichere, dass bei mir keiner der genannten Risikofaktoren vorliegt. Es ist mir bewusst, dass Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis B, Hepatitis C) durch mein Blut übertragen werden könnten. Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Ich erkläre mich bis auf Widerruf ausdrücklich damit einverstanden, dass die im Rahmen meiner Spende erhobenen persönlichen Daten, die erhobenen Blutbefunde sowie der Blutspenderfragebogen unter Berücksichtigung des Datenschutzes sowohl bei den vom Österreichischen Roten Kreuz betriebenen Blutspendeinrichtungen, als auch bei der jeweiligen Blutbank der Krankenhauses gespeichert und verwendet werden dürfen, wobei die Daten in der Blutbank einen Teil der Krankengeschichte im Sinne des Krankenankaltengesetzes darstellen können. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich frühestens 30 Minuten nach der Blutspende aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf. Sollten sich bei mir Symptome einer Erkrankung zeigen, werde ich sofort die Blutspendeinrichtung davon verständigen.

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Blutspende! **Unterschrift Spender:**

**Spendetauglichkeit (vom Blutspendearzt auszufüllen)**  
 Spendefähigkeit im Sinne BSV 2008 Ja  Nein   Paraphe des Blutspendearztes  **Version 9**

**Anmerkungen zur ärztlichen Befragung, Eignungsuntersuchung, zu Komplikationen oder therapeutischen Maßnahmen**

(Dokumentation, zeitlicher Verlauf)

