

Information und Einverständniserklärung zur Blutentnahme für autologe Serum-Augentropfen

Patientendaten			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m
Strasse			
Wohnort			

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die Behandlung Ihrer Augen soll mit autologen Serum-Augentropfen durchgeführt werden. Autologe Serum-Augentropfen werden aus Ihrem Blut hergestellt und enthalten keinerlei weitere Zusätze.

Für die Herstellung der autologen Serum-Augentropfen müssen Ihnen bis zu ca. 460 ml Blut entnommen werden.

Da die autologen Serum-Augentropfen aus Ihrem Blut hergestellt wurden, sind diese nur für Sie geeignet und dürfen keinesfalls an andere Personen weitergegeben oder von anderen Personen verwendet werden.

Wir bitten Sie, dieses Dokument sorgfältig durchzulesen und bei Zustimmung zu unterschreiben.

Vor der Blutentnahme sollten Sie ausreichend Flüssigkeit getrunken und eine fettarme Mahlzeit zu sich genommen haben. Bei akuten oder latenten Infektionen darf keine Vollblutspende erfolgen! Innerhalb 72 Std. vor der Entnahme darf kein Besuch beim Zahnarzt oder Dentalhygieniker stattfinden.

Sollten während oder nach der Blutentnahme irgendwelche Beschwerden an der Punktionsstelle oder allgemeiner Art auftreten, so sollten Sie uns unverzüglich informieren.

Mögliche Komplikationen:

In der Regel treten durch die Blutentnahme keine oder nur geringe Störungen des körperlichen Wohlbefindens auf.

Schwere Störungen wie Kreislaufkollaps, Sauerstoffmangel, Minderdurchblutung des Gehirns, kurzzeitige Bewusstlosigkeit (u.U. auch epileptische Anfälle), unregelmässige Herzrhythmen sowie stärkere Nachblutungen sind selten, jedoch nicht ganz auszuschließen.

Noch seltener sind (u. U. bleibende) Schädigungen von Blutgefässen (Venen, Arterien) und Nerven sowie Entzündungen.

Für Schäden, die durch vorsätzliches Verschweigen von Krankheiten oder Medikamenteneinnahme, bzw. inadäquates Verhalten während und nach der Spende entstehen, haften ausschließlich Sie selbst.

Bitte informieren Sie uns möglichst rasch, falls:

- Sie oder eine Ihrer engen Kontaktpersonen in den nächsten Tagen nach der Spende erkranken.
- Es Ihnen nachträglich bewusst wird, dass Sie eine Frage nicht richtig beantwortet haben.
- Komplikationen in der Folge Ihrer Blutspende auftreten.

Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Der Blutspendedienst ist verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden namentlich zu melden.

Bitte beachten Sie:

Der Blutspendedienst behandelt Ihr Blut und die autologen Serum-Augentropfen mit der grösstmöglichen Sorgfalt. Dennoch ist in einzelnen Fällen eine Beschädigung der Blutbeutel oder der autologen Serum-Augentropfen oder das Verderben des Inhaltes nicht auszuschließen. Auch kann es sein, dass nicht so viele Ophtiolien hergestellt werden können, wie bestellt worden sind. Mögliche Gründe sind z.B. ein hoher Hb-Wert des Blutes oder eine eingeschränkte Spendetauglichkeit des Patienten.

Für derartige Beschädigungen und Abweichungen von der bestellten Menge oder für den Verlust der autologen Serum-Augentropfen haftet der Blutspendedienst nicht.

Nach Ablauf der maximal angegebenen Aufbewahrungszeit oder beim Eintreten der oben genannten Schäden werden die autologen Serum-Augentropfen entsorgt. Das gleiche gilt, sollten die autologen Serum-Augentropfen von Ihnen nicht benötigt oder nicht abgerufen werden.

Eine Verwendung für andere Patienten ist nicht möglich.

Information und Einverständniserklärung zur Blutentnahme für autologe Serum-Augentropfen

Ich möchte eine Behandlung mit autologen Serum-Augentropfen durchführen lassen.
Ich bin damit einverstanden, dass mir von Mitarbeitern des Zürcher Blutspendedienstes Blut zum Zweck der Herstellung von autologen Serum-Augentropfen abgenommen wird und dass mein Blut auf verschiedene Infektionskrankheiten (Hepatitis [Leberentzündung], Syphilis und AIDS) untersucht wird. Ohne diese Einwilligung ist eine Eigenblutentnahme nicht möglich. Positive Tests auf Infektionskrankheiten oder bakterielle Kontaminationen führen zur Vernichtung des entnommenen Blutes und der zuweisende Arzt wird über die Testresultate informiert. Falls ich die autologen Serum-Augentropfen nicht benötigen sollte, stelle ich keinen Anspruch auf diese und bin mit deren Vernichtung einverstanden.

Ich bin von Frau / Herrn Dr. _____
über die Risiken der Blutentnahme aufgeklärt worden.

Ich wurde über folgende Punkte besonders informiert:

1. Dass ich wegen möglicher Kreislaufstörungen und Beeinträchtigung der Verkehrstauglichkeit frühestens 1/2 Stunden nach der Blutspende selbst Auto fahren darf. Am besten lasse ich mich nach Hause fahren oder benutze die öffentlichen Verkehrsmittel.
2. Dass ich einige Zeit (mind. 12 Stunden) nach dieser Blutentnahme von anstrengenden körperlichen Betätigungen und anderen mich körperlich gefährdenden Unternehmungen Abstand nehmen sollte. Dies gilt besonders für Tätigkeiten, die mit erhöhten Gefahren für das Leben Anderer verbunden sind.
3. Dass ich unverzüglich Kontakt mit meinem Hausarzt oder dem Blutspendedienst aufnehmen muss, sobald Anzeichen von Kreislaufstörungen wie Übelkeit, Schwindelgefühl, Schweißausbruch oder Blutung aus der Punktionsstelle auftreten sollten. Vor der nächsten Spende muss ich den Arzt des Blutspendedienstes auf diese Nebenwirkungen aufmerksam machen.
4. Dass ca. nach 10 Tagen nach meiner Spende telefonisch ein verbindlicher Liefertermin mit mir vereinbart wird, ich die autologen Serum-Augentropfen persönlich entgegennehmen muss und sie sofort in einem Tiefkühler bei $\leq -20^{\circ}\text{C}$ lagern soll.
5. Dass die autologen Serum-Augentropfen vor Gebrauch kontinuierlich tiefgefroren bleiben müssen, nach dem Auftauen im Kühlschrank gelagert werden müssen ($2-8^{\circ}\text{C}$) und dann nicht länger als 24 Stunden verwendet werden dürfen.
6. Dass die autologen Serum-Augentropfen nach Überschreiten des Verwendbarkeitsdatums nicht mehr angewendet werden dürfen.

Ich habe diese Information und die Einverständniserklärung gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, alle Unklarheiten mit einem Arzt zu besprechen. Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich vor jeder neuen Vollblutentnahme mitteilen.

- Ja, ich willige in die Blutentnahme ein.
 Nein, ich willige in die Blutentnahme nicht ein.

Ort und Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____