

## Erklärung zur Akzeptanz von Blut, Blutkomponenten und Plasmaderivaten sowie blutsparenden Verfahren

Name, Vorname

Geburtsdatum

Die unten genannten Produkte und Methoden werden nur eingesetzt, wenn nach Beurteilung der behandelnden Ärzte eine medizinische Indikation besteht und wenn die Patientin / der Patient das grundsätzliche Einverständnis dazu gegeben hat.

<b>Blutkomponenten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Erythrozytenkonzentrat (EK)		X
Therapeutisches Plasma (TP/FFP)		X
Thrombozytenkonzentrat (TK)		X
<b>Aus menschlichem Blutplasma gewonnene gerinnungsaktive Arzneimittel, Plasmaderivate, Fraktionen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Albumin		
humane Immunglobuline		
Fibrinkleber		
Gerinnungs(einzel)faktoren (Fibrinogen, Faktoren VII, VIII, IX, X, XIII, PPSB, FEIBA, Antithrombin (AT III), Protein C, C1-Esteraseinhibitor)		
<b>Rekombinante, nicht aus menschlichem Blut gewonnene Gerinnungsfaktoren</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Rekombinanter Faktor VIII (Hämophilie A)		
Rekombinanter Faktor IX (Hämophilie B)		
Rekombinanter aktivierter Faktor VII (NovoSeven, <sup>®</sup> raFVII)		
Rekombinantes aktiviertes Protein C (raPC)		
<b>Fremdblutsparende Prozeduren, Therapieverfahren mit Eigenblutverwendung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Präoperative Eigenblutspende		X
Maschinelle Autotransfusion / CellSaver <sup>®</sup>		
Dialyse		
Epiduraler Blutpatch		

### Bemerkung der Patientin / des Patienten:

Mir ist bekannt, dass bei Verzicht auf die oben ausgeschlossenen Blutprodukte oder Maßnahmen im Einzelfall schwere gesundheitliche Folgen wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Organversagen oder Tod eintreten können. Die von mir abgegebene Erklärung kann ich jederzeit schriftlich oder mündlich verändern oder widerrufen.

Konstanz,

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Name u. Unterschrift Ärztin/Arzt