



NYILATKOZAT

Hozzájárulok, hogy az Országos Vérellátó Szolgálat, illetőleg az általa megbízott vért vevő intézet:

Tőlem **vért vegyen**, vérmintáimból az előírt **vizsgálatokat elvégezze**, személyi és egészségügyi állapotomra vonatkozó **adataimat** az adatkezelésre vonatkozó jogszabályok szerint **felhasználhassa**----- IGEN NEM

Véradásszervezéshez és donor megbecsüléshez szükséges **adataimat a Magyar Vöröskeresztnek átadja** (név, születési dátum, vércsoport, véradások száma, időpontja)-----

Legjobb tudomásom szerint állítom, hogy vérem gyógyító célra felhasználható---

Az 2008/1. sz. ELŐZETES TÁJÉKOZTATÓT elolvastam, megértettem. Kérdéseket tehettem fel és azokra kielégítő választ kaptam. Kijelentem, hogy az általam megadott információk a valóságnak megfelelnek.

dátum

véradó aláírása

VÉRADÓI KÉRDŐÍV

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre, melyek az Ön véradásra való alkalmasságát és vérének gyógyításra való felhasználhatóságát segítenek eldönteni. Válaszát titkosan kezeljük, kérjük feltétlen őszinteségét. Részletes megbeszélésre az orvosi vizsgálaton lesz módja.

	IGEN	NEM
Egészségesnek érzi-e magát? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kezelik-e valamilyen betegséggel? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szed-e valamilyen gyógyszert? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kizárták-e már véradásból valami miatt? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korábbi véradása után volt-e panasza? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Előfordul-e, hogy szédül vagy eszméletét veszti? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolgozik-e veszélyes, mérgező vegyszerrel vagy fertőző anyaggal? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolgozik-e magasban (daru, repülőgép stb.)? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Van-e vizeleti panasza, fokozott folyadék igénye (gyakori, éjszakai)? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tud-e arról, hogy családjában előfordult a Creutzfeldt-Jakob (CJD / vCJD) betegség? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élete során előforduló betegségei:		
Szívbetegség -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérnyomás betegség -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vesebetegség -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertőző betegség (sárgaság, májgyulladás, tüdőbetegség, stb) -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérszegénység, vérzékenység, trombózis -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonbetegség, cukorbetegség -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daganatos betegség -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiás betegség (asztma, étel-, gyógyszer allergia) -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemi betegség, AIDS betegség, HIV fertőzés -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepszia, görcsös állapot -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e növekedési hormont? Volt-e szövet, szerv átültetése? Kapott-e sugárkezelést? ---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e indokolatlan fogyása, láza, nyirokcsomó duzzanata? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e vérátömlesztést? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Használt-e kábítószer? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb betegség -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az utóbbi három évben:		
Járt-e külföldön? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e a környezetében, családjában fertőző beteg? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egy éven belül:		
Szült-e, volt-e terhesség megszakítása, jelenleg terhes-e? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e fertőzés átvitele szempontjából kockázatos nemi kapcsolata? (lásd a tájékoztatót) --	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e műtete, balesete? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e tetoválást, füllyukasztást, testékszert, akupunktúrás kezelést, védőoltást? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volt-e állatharapása, kullancs-csípése? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egy hónapon belül:		
Volt-e láza, sérülése, fogkezelése? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>