

Fragen zum Freiwilligen Fortbildungszertifikat

1. **Wo bedarf es der Einrichtung einer Transfusionskommission?**
 - a) in jedem Krankenhaus, das Eigenblut anwendet
 - b) in jedem Krankenhaus, das Eigenblutprodukte herstellt und/oder Akutversorgung betreibt
 - c) in jeder Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, in der Eigenblutprodukte angewendet werden
2. **Was wird in § 15 des TFG geregelt?**
 - a) die Einführung eines Qualitätssicherungssystems für die Herstellung von Eigenblutprodukten
 - b) die Einführung eines Qualitätssicherungssystems für das In-Verkehr-Bringen von Eigenblutprodukten
 - c) die Einführung eines Qualitätssicherungssystems für die Anwendung von Eigenblutprodukten
3. **Welcher Verantwortungsträger oder welches Gremium hat für die Überwachung des etablierten Qualitätssicherungssystems nach § 15 TFG zu sorgen?**
 - a) die Transfusionskommission
 - b) der Qualitätsbeauftragte
 - c) der Transfusionsverantwortliche
4. **Wo sind die Kernelemente des Qualitätssicherungssystems für die Eigenblutanwendung festgelegt?**
 - a) im Arzneimittelgesetz
 - b) in den Hämotherapie-Richtlinien der Bundesärztekammer
 - c) im Transfusionsgesetz
5. **Wann dürfen die Funktionen des Transfusionsverantwortlichen und des Qualitätsbeauftragten in Personalunion von einem Arzt übernommen werden?**
 - a) in Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung
 - b) in allen Einrichtungen der Krankenversorgung, in denen keine Fremdblutprodukte, sondern nur Eigenblutprodukte hergestellt und angewandt werden
 - c) in allen Einrichtungen, in denen Eigenblutprodukte nicht hergestellt, sondern nur angewandt werden
6. **Womit ist der AB0-Identitätstest vor der Anwendung erythrozytenhaltiger autologer Blutprodukte durchzuführen?**
 - a) nur mit Blut des Empfängers
 - b) nur mit Blut des Blutprodukts (Konservenblut)
 - c) mit Empfängerblut und mit Konservenblut
7. **Welche Eigenblutprodukte sind vom Anwendungsbereich des TFG ausdrücklich ausgenommen?**
 - a) präoperativ hergestellte Eigenblutprodukte, homöopathische Eigenblutprodukte
 - b) homöopathische Eigenblutprodukte, Eigenblutprodukte zur Immuntherapie
 - c) Eigenblutprodukte, die in Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung hergestellt werden
8. **Welche Diagnostik ist zur Vermeidung einer hämolytischen Transfusionsreaktion vor der Anwendung präoperativ hergestellter erythrozytenhaltiger Eigenblutprodukte unverzichtbar?**
 - a) die Blutgruppenbestimmung beim Empfänger
 - b) die serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)
 - c) der AB0-Identitätstest

9. **Die Anwendung gefrorenen Frischplasmas, das aus Eigenblut gewonnen wurde, ist indiziert**
 - a) zur Behandlung von Gerinnungsstörungen
 - b) immer gleichzeitig, wenn Eigenblut-Erythrozytenkonzentrate gegeben werden
 - c) zur Volumensubstitution
10. **Eine Abgabe von Eigenblutprodukten an andere im Sinne des AMG liegt nicht vor,**
 - a) wenn Eigenblutprodukte innerhalb einer Abteilung von verschiedenen Ärzten hergestellt und angewendet werden
 - b) wenn Eigenblutprodukte zwar von verschiedenen Ärzten hergestellt und angewendet werden, aber das Krankenhaus mit Spendeinrichtung nicht verlassen
 - c) wenn Eigenblutprodukte innerhalb einer Abteilung von einem einzelnen Arzt hergestellt und angewendet werden

Fragen-Antwortfeld (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen):

	a	b	c
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zertifikat

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort Fax

Ort, Datum Unterschrift

Zertifizierung

Die Richtigkeit von mindestens sechs Antworten auf dem Bogen wird hiermit bescheinigt.

1 

Stempel

Bayerische Landesärztekammer, München

Datum Unterschrift