

Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung
 (bitte erst am Tag der Blutspende ausfüllen)

Vis.	Konserven-Nr.	Vis.	Konserven-Nr.
------	---------------	------	---------------

		Ja	Nein	Vis.BSD
1.	Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Sind Sie mind. 50 kg schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Hatten Sie in den letzten 72 Stunden eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie Fieber über 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie - verwendet (z.B: Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrösserung oder Haarausfall (z.B. Alocapil®, Finacopil®, Propecia®, Proscar®), oder gegen Akne (z.B. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Trethinac® oder Tocrino®) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Medikamente gegen Prostatavergrösserung (z.B. Avodart®, Duodart®) angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® (Schuppenflechte) oder Erivedge® (Basalzellkarzinom) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschl. od. tierischen Ursprungs) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut, Hepatitis B oder Starrkrampf geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Herz/Kreislauf oder Lungenerkrankung z.B: <input type="checkbox"/> erhöhter/zu tiefer Blutdruck, <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, <input type="checkbox"/> Atemnot, <input type="checkbox"/> Hirnschlag, <input type="checkbox"/> Streifung, <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Haut z.B: <input type="checkbox"/> Verletzung, <input type="checkbox"/> Ausschlag, <input type="checkbox"/> Ekzem, oder Allergien z.B: <input type="checkbox"/> Heuschnupfen, <input type="checkbox"/> Asthma, <input type="checkbox"/> Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Andere Krankheiten z.B: <input type="checkbox"/> Zucker, <input type="checkbox"/> Blut, <input type="checkbox"/> Blutgerinnung, <input type="checkbox"/> Gefässe, <input type="checkbox"/> Nieren, <input type="checkbox"/> Nerven, <input type="checkbox"/> Epilepsie, <input type="checkbox"/> Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Hatten Sie in den letzten 3 Jahren oder seit Ihrer letzten Blutspende <input type="checkbox"/> eine Krankheit <input type="checkbox"/> einen Unfall <input type="checkbox"/> eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie vor 1.1.1986 Wachstumshormone erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Waren Sie zwischen dem 1.1.1980 und dem 31.12.1996 für insgesamt 6 Mte oder länger im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Haben Sie seit dem 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Falls ja, wo: _____ seit wann sind Sie zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)? wenn ja, bitte präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	a) Sind Sie ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Mte gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____ Wenn ja, seit wann leben Sie in Europa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder hat dort mehr als 6 Mte. gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	a) Erkrankten Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Ebola? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich oder Kontakt mit Infektionskranken? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung <input type="checkbox"/> Tätowierung <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> permanent Make-up <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Magen-,Darmspiegelung <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes) Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Ist Ihr/ Ihre Lebens-, Sexual oder WohnpartnerIn in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht oder Zika erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten (Mte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Sexueller Kontakt (geschützt oder nicht geschützt) mit wechselnden Partner/Innen in den letzten 12 Mte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Aufenthalt in Ländern mit erhöhter HIV-Rate in den letzten 12 Monaten während 6 Monaten oder länger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Sexueller Kontakt unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Positiver Test für HIV (AIDS), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Nur Männer: Jemals sexueller Kontakt unter Männern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sexueller Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partner/Innen gehabt, die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• sich einer Risikosituation wie in den Fragen 17 ausgesetzt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• die in HIV-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	Nur Frauen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sie haben das **Informationsblatt für die BlutspenderInnen** gelesen. Gestützt darauf erklären Sie, Blut spenden zu dürfen. Wir bitten Sie zusätzlich die Fragen auf der Rückseite wahrheitsgetreu zu beantworten, d.h. jeweils Ja oder Nein anzukreuzen. Damit tragen Sie wesentlich dazu bei, die Restrisiken für Sie und die Empfänger des Blutes klein zu halten.

Einverständniserklärung und Bestätigung durch die Spenderin / den Spender auszufüllen und zu unterschreiben:

- Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für BlutspenderInnen gelesen und verstanden habe. Allfällige Unklarheiten wurden mir zufriedenstellend beantwortet.
- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des Fragebogens.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Blut, falls erforderlich, auch mit genetischen Methoden untersucht, eine Probe für mögliche spätere Untersuchungen gemäss Heilmittelgesetz aufbewahrt wird und dass ich über abweichende Resultate benachrichtigt werde.
- Mir ist bewusst, dass ein Teil meiner Spende zur Herstellung von Medikamenten verwendet werden kann.
- Ich stimme auch zu, dass meine Spende oder Teile davon in Ausnahmefällen in codierter oder anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden dürfen.
- Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen ausschliesslich innerhalb der Blutspende SRK Schweiz (B-CH-SRK) und der Regionalen Blutspendedienste SRK (RBSD SRK) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Unterschrift : _____

Durch den RBSD SRK auszufüllen:

Bemerkungen zu Frage ____: _____

zu Frage ____: _____

zu Frage: ____: _____

Vollständigkeit des Fragebogens und der Unterschrift überprüft Datum: _____ Visum: _____

Spendetauglichkeit Ja
 Nein Grund: _____ Datum: _____ Visum: _____