

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 mindestens 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 14 Tagen eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung, z. B. Erhalt einer Zahnfüllung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung, hatten Sie Fieber über 38 °C oder andere leichte Krankheiten wie z. B. Durchfall, Erkältungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie – verwendet (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrößerung oder Haarausfall (z.B. Alocapil®, Finacapil®, Propecia®, Proscar®), oder gegen Akne (z.B. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® oder Toctino®) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie in den letzten 4 Monaten Antiretrovirale Therapien /PEP/PrEP (z.B. Truvada®, Isentress®, Prezista® oder Norvir®) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® oder Duodart® gegen Prostatavergrößerung eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® gegen Schuppenflechte oder Erivedge® aufgrund eines Basalzellkarzinom eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus Blut hergestellte Medikamente erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut 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 jemals eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? a) Herz/Kreislauf oder Lungenerkrankung z.B. <input type="checkbox"/> erhöhter oder zu tiefer Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hirnschlag <input type="checkbox"/> Streifung oder <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Hauterkrankungen (z.B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Andere Krankheiten z.B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs, Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Hatten Sie in den letzten 3 Jahren oder seit Ihrer letzten Blutspende <input type="checkbox"/> einen Spitalaufenthalt? <input type="checkbox"/> einen Unfall? <input type="checkbox"/> eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	a) Wurde Ihnen jemals menschlichen oder tierisches Gewebe übertragen oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten?	<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 dem 01.01.1986 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 01.01.1980 und dem 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar oder Falklandinseln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Haben Sie seit dem 01.01.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Waren Sie in den letzten 12 Monaten ausserhalb der Schweiz? a) Falls ja, wo und wie lange: _____ seit wann sind Sie zurück? _____ (Falls ja, bitte weiter mit b)) b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, bitte präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	a) Sind Sie ausserhalb der Schweiz geboren, aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____ Wenn ja, seit wann leben Sie in der Schweiz? b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder hat dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	a) Erkranken Sie in den letzten • 6 Monaten an <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> FSME • 12 Monaten an <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Gonorrhö • 2 Jahren an <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Rheumat. Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Guillain-Barré-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Erkranken Sie jemals an einer der folgenden Infektionskrankheiten: <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Echinokokkose <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Lymphogranuloma venereum <input type="checkbox"/> Filariose <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola? oder an anderen schweren Infektionen? Wenn ja, an welcher? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit einer Person, die eine Infektionskrankheit hat oder hatte? 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"/> kosmetische Behandlungen wie permanent Make-up oder Mikroblading <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Magen-Darmspiegelung <input type="checkbox"/> Blutegelanwendung <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes) Falls ja, Wann? _____ Wo? _____	<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.	a) Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu: • Hatten Sie innerhalb der letzten 4 Monate eine neue oder wechselnde Sexualpartnerschaft? • Hatten Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt (geschützt oder ungeschützt) mit mehr als zwei Personen? • Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt unter Einfluss synthetischer Drogen? • Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt für den Sie Geld oder andere Leistungen (Drogen oder Medikamente) erhalten haben? • Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt? • Haben Sie jemals einen positiven Test für HIV (AIDS), Syphilis oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) gehabt? • Ist Ihre Lebens-, Sexual oder Wohnpartnerin bzw. Ihr Lebens-, Sexual oder Wohnpartner in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht (Hepatitis B oder C) erkrankt? • Ist Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihr Sexualpartner in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in den Fragen 16 a ausgesetzt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich für mehr als 6 Monate in HIV- und/oder Hepatitis C (HCV)- und/oder Hepatitis B (HBV)-Risikoländern aufgehalten haben oder dort Bluttransfusionen erhalten haben? Datum der Rückkehr des Partners bzw. der Partnerin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____ Haben Sie vor dem 01.01.1986 Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sie haben das **Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender** 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 EmpfängerInnen 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 und Blutspender 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.
- Ich bin einverstanden, dass ein Teil meiner Spende für Lehrzwecke, für die Verbesserung der medizinischen Diagnostik, z. B. für die Herstellung, Entwicklung und Qualitätskontrolle von Tests, Geräten und Laborverfahren verwendet werden kann.
- Ich bin einverstanden, dass ein Teil meiner Spende zur Herstellung von Medikamenten verwendet werden kann.
- 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, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Vorname: _____ Name: _____ 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: _____