

Alle Eintragungen bitte in Blockschrift und mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber ausfüllen.		1 ^{er} Ctrl.
Ort der Blutspende _____		
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	
Geburtsname _____		
Familienname _____		
Vorname _____		
Geburtsdatum _____		
Adresse _____		
PLZ Ort _____		
Beruf	Tel. Arbeit _____	
Tel. Privat _____	Natel _____	
E-mail _____		
Hausarzt _____		
Haben Sie in den letzten 6 Monaten oder seit der letzten Blutspende Ihre Adresse gewechselt?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Wird vom B-FR ausgefüllt		2 ^{eme} Ctrl.
N° de donneur _____	N° de don _____	
Hb _____ TA _____		
Kg _____ Pouls _____		
Thr _____ Ht _____ Taille _____		
Protocole de prise _____	N° Balance _____	
Ponction Visa _____	Déconnexion Visa _____	
Type de don _____		
Volume _____	Minutes _____	

Medizinischer Fragebogen

Wichtig: Bitte erst am Tag der Blutspende ausfüllen.

Sie haben soeben das Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender gelesen. Gestützt darauf erklären Sie, Blut spenden zu dürfen. Wir bitten Sie, zusätzlich die nachfolgenden Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten, d.h. jeweils Ja oder Nein anzukreuzen. Damit tragen Sie wesentlich dazu bei, die Restrisiken für sich selber und die Empfänger des Blutes klein zu halten.

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

- A-Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.
- B-Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender (01-11-2023) gelesen und verstanden habe. Allfällige Unklarheiten wurden mir zufriedenstellend beantwortet.
- C-Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des Fragebogens.
- D-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.
- E-Ich bin damit einverstanden, dass ein Teil meiner Spende zur Herstellung von Medikamenten verwendet werden kann.
- F-Ich stimme ebenfalls zu, dass meine Spende oder einige Bestandteile davon in Ausnahmefällen zu medizinischen Forschungszwecken verwendet werden können, nachdem diese definitiv anonymisiert oder codiert worden sind.
- G-Ich bin damit 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.
- H-Ich weiss, dass ich verlangen kann, dass Teile meines Blutes nicht für andere Zwecke als für die Transfusion verwendet werden (s. Punkte E-F-G).
- I-Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen ausschliesslich innerhalb der Blutspende SRK Schweiz (B-CH) und der Regionalen Blutspendedienste SRK zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Tagesdatum : _____ **SpenderIn Unterschrift :** _____

	Ja	Nein	Visa
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 eingenommen gegen - Prostatavergrösserung oder Haarausfall (z.B. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® oder Proscar®) - oder gegen Akne (z.B. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® oder Toctino®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie in den letzten 4 Monaten antiretrovirale Therapien PEP/PrEP (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 ? Bitte jeweils einkreisen : a) Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankung (z.B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung oder Bewusstlosigkeit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Ja	Nein	Visa
8. Haben oder hatten Sie andere Krankheiten ? Bitte jeweils einkreisen : b) Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente) ? c) Hauterkrankungen (z.B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) ? d) 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 menschliches 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 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 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar und 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 12 Monaten ausserhalb der Schweiz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Falls ja, wo und wie lange ? _____ 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 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 ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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) Erkrankten Sie in den letzten : - 6 Monaten an : <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Schigellose <input type="checkbox"/> FSME - 12 Monaten an : <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Gonorrhö - 24 Monaten an : <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Guillain-Barré-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Erkrankten 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"/> Ebola <input type="checkbox"/> Lymphogranuloma venereum <input type="checkbox"/> Filariose <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Babesiose ? oder an anderen schweren Infektionskrankheiten ? Wenn ja, an welcher ? _____ Wann ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich? Wenn ja, wann ? _____	<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"/> Magen- oder Darmspiegelung, <input type="checkbox"/> Tätowierung, <input type="checkbox"/> Piercing, <input type="checkbox"/> Akupunktur, <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung, <input type="checkbox"/> kosmetische Behandlungen wie permanent Make-up oder Mikroblading, <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut, (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes) ? Wenn 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 ? <input type="checkbox"/> Haben Sie innerhalb der letzten 4 Monate Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihren Sexualpartner gewechselt ? <input type="checkbox"/> Hatten Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt (geschützt oder nicht geschützt) mit mehr als zwei Personen ? <input type="checkbox"/> Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt unter Einfluss synthetischer Drogen ? <input type="checkbox"/> Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt, für den Sie Geld oder andere Leistungen (Drogen oder Medikamente) erhalten haben ? <input type="checkbox"/> Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt ? <input type="checkbox"/> Haben Sie jemals einen positiven Test für HIV (AIDS), Syphilis oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) gehabt ? <input type="checkbox"/> Ist Ihre Lebens-, Sexual oder Wohnpartnerin bzw. -partner in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht (Hepatitis B oder C) erkrankt ? <input type="checkbox"/> Ist Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihr Sexualpartner in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.b) Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in Frage 16a 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-, Hepatitis B- und/oder Hepatitis C-Risikoländern aufgehalten haben oder dort Bluttransfusionen erhalten haben ? Datum der Rückkehr des Partners, der Partnerin : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Nur von Frauen zu beantworten : a) Waren Sie jemals schwanger ? Falls ja, wann zuletzt ? _____ b) Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wird von B- FR ausgefüllt		
Remarques Anamnèse par T- FR	Aptitude au don : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Visa contrôle
N° _____	C I _____	
N° _____		
N° _____		
N° _____		
N° _____		
	Date :	
	Visa :	