

Alle Eintragungen bitte in Blockschrift und mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber ausfüllen.		1 <sup>er</sup> Ctrl.	
Ort der Blutspende _____			
Herr <input type="checkbox"/>		Frau <input type="checkbox"/>	
Geburtsname _____			
Familiename _____			
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 <sup>ème</sup> 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** 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 :**

- Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für BlutspenderInnen (01-02-2022) 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 damit 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) und der Regionalen Blutspendedienste SRK zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Tagesdatum: \_\_\_\_\_ 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 7 Tagen 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 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 eine Antiretrovirale Therapie PEP/PrEP (z.B. Truvada®, Isentress®, Prezista® 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® (Schuppenflechte) oder Erivedge® (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 eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? a) Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankung (z.B. erhöhter/zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung, Bewusstlosigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		Ja	Nein	Visa
b) Haut (z.B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergie (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 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 (UK) (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"/>	
c) Hatten Sie dort medizinische oder paramedizinische Eingriffe ?		<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 : - <b>6 Monaten</b> an : <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Schigellose <input type="checkbox"/> FSME - <b>12 Monaten</b> an : <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Gonorrhö - <b>24 Monaten</b> 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 <b>jemals</b> an : <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? Wenn ja, wann? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Hatten Sie <b>jemals</b> eine andere, schwere Infektionskrankheit? Wenn ja : welche? _____ Wann? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich oder Kontakt mit Infektionskrankheiten? 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)? 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. Ist Ihr/ Ihre SexualpartnerIn in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. a) Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? <input type="checkbox"/> Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt (geschützt oder nicht geschützt) mit wechselnden Partner/Innen (mehr als zwei) in den letzten 4 Monaten <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt unter Einfluss synthetischer Drogen in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig <input type="checkbox"/> Positiver Test für HIV (AIDS), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B Virus [HBV] oder Hepatitis C Virus [HCV]) <input type="checkbox"/> Lebens-, Sexual- oder WohnpartnerIn in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Nur von Männern zu beantworten: <input type="checkbox"/> Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt unter Männern? <input type="checkbox"/> Hatten Sie sexuellen Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. a) Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partner/Innen gehabt, <input type="checkbox"/> die sich einer Risikosituation wie in den Fragen 17 ausgesetzt haben? b) Haben Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt mit Partner/Innen gehabt, <input type="checkbox"/> die sich in HIV-HCV-HBV-Risikoländern für mehr als 6 Monate aufgehalten haben oder dort Bluttransfusionen erhalten haben? Datum der Rückkehr des Partners _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 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"/>	
<b>Wird vom B- FR ausgefüllt</b>				
<b>Remarques Anamnèse par T- FR</b>		<b>Aptitude au don : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></b>		<b>Visa contrôle</b>
N° _____		<b>C I</b> _____		
N° _____		Date :		
N° _____		Visa :		
N° _____				
N° _____				