



| |
|----------------|
| Entnahmenummer |
|----------------|

Stiftung Blutspendezentrum SRK beider Basel, Hebelstrasse 10, 4031 Basel

Öffnungszeiten:

Spendezentrum Basel
 Mo. 10.30–19.00 Uhr
 Di. 07.30–19.00 Uhr
 Mi./Do. 07.30–16.00 Uhr
 Fr. 07.30–17.00 Uhr
 Sa. 08.30–12.00 Uhr

Kantonsspital Liestal
 Mi. 17.00–20.00 Uhr

Beachten Sie geänderte Öffnungszeiten vor/an Feiertagen

Telefon 061 265 20 90
 blutspende-basel@uhbs.ch
 www.blutspende-basel.ch

Spende Blut. Rette Leben.

Liebe Blutspenderin, lieber Blutspender

Ab folgendem Datum sind Sie herzlich zur Blutspende eingeladen:

| |
|--|
| |
|--|

Bitte füllen Sie den Fragebogen auf der Rückseite frühestens 24 Stunden vor Ihrer Blutspende mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber aus und bringen Sie diesen Bogen mit. Falls Sie eine Frage mit «ja» beantworten müssen, wenden Sie sich bitte per Mail oder Telefon an unser Team um abzuklären, ob Sie die Spenderkriterien trotzdem erfüllen.

| |
|--|
| Arzt-/Erstspendergespräch: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Arzt: _____ |

| | | | | | | | |
|--|-----------|---------|-----|--------|------|----------------|---|
| Haemo | Blutdruck | Gewicht | Typ | FER | AKOE | Prot | Spendetauglichkeit: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | Falls «Nein», Grund: _____ |
| | | | | | | | Visum BSD: _____ |
| Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft | | | | Datum: | | Visum BSD: | |
| Identität kontrolliert Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | | | Datum: | | Visum BSD: | |
| | | | | | | Entnahmedauer: | |

Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung

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 und die Empfänger des Blutes klein zu halten. Zuletzt bestätigen Sie im entsprechenden Kasten am Ende des Fragebogens, das Informationsblatt für BlutspenderInnen zur Kenntnis genommen zu haben und Ihr Einverständnis zur heutigen Blutspende zu erteilen.

| | Ja | Nein | Visum BSD SRK | | Ja | Nein | Visum BSD SRK |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------|
| 1. Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? Jahr _____ Monat _____ Wo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | f) Haben Sie seit 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Sind Sie mindestens 50 kg schwer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 11. Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb Europas (geografisches Europa)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | a) Falls ja, wo? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____ | | | |
| 4. Hatten Sie in den letzten 72 Stunden eine dental-hygienische oder zahnärztliche Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte präzisieren: _____ | | | |
| 5. Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie Fieber über 38°C? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 12.a) Sind Sie jemals an einer Malaria erkrankt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie – verwendet (z. B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Falls ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | b) Sind Sie in einem Malariagebiet geboren, aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrösserung (z.B. Finasteride, Proscar®), Akne (z.B. Roaccutan®) oder Haarausfall (z.B. Propecia®) angewendet? | <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"/> Osteomyelitis, <input type="checkbox"/> Typhus, <input type="checkbox"/> Q-Fieber, <input type="checkbox"/> Toxoplasmose, <input type="checkbox"/> Babesiose, <input type="checkbox"/> Chagas, <input type="checkbox"/> Leishmaniose? Falls ja, wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® gegen Prostatavergrösserung angewendet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | b) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich oder Kontakt mit Infektionskrankheiten? Falls ja, welche Krankheiten? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason® (Schuppenflechte) eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 14. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: <input type="checkbox"/> Tätowierung <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung, <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung, <input type="checkbox"/> permanent Make-up, <input type="checkbox"/> Piercing, <input type="checkbox"/> Nadelstichverletzung, <input type="checkbox"/> Fremdblutkontakt mit Schleimhäuten? Wann? _____ | <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"/> | | 15.a) Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt? | <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"/> | | b) Ist Ihr Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Falls ja, welche? _____ Wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 16. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? | | | | a) Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 6 Monaten oder sexuelle Kontakte (geschützte oder nicht geschützte) mit wechselnden PartnerInnen in den letzten 12 Monaten | | | |
| a) Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankungen (z. B. erhöhter/zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung, Bewusstlosigkeit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | b) Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 5 Jahren während mindestens 6 Monaten | | | |
| b) Haut (z. B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem) oder Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | c) Sexuelle Kontakte unter Männern seit 1977 | | | |
| c) Andere Krankheiten (z. B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | d) Gewerbmässige sexuelle Kontakte seit 1977 | | | |
| 9. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten 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"/> | | e) Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig | | | |
| 10.a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | f) Positiver Test für AIDS-Viren (HIV), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C) | | | |
| b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation am Gehirn oder Rückenmark durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 17. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte gehabt mit PartnerInnen, die sich einer Risikosituation wie in der Frage 16 ausgesetzt haben oder die in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) Haben Sie vor dem 1.1.1986 Wachstumshormone erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Nur von Frauen zu beantworten | | | |
| 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"/> | | 18.a) Waren Sie jemals schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e) Waren Sie zwischen 1.1.1980 und 31.12.1996 für 6 Monate oder länger in Grossbritannien oder Nordirland? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | b) Falls ja, wann zuletzt? _____ | | | |
| | | | | 19. Haben Sie vor 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | |
|--|-----------------|
| Bemerkungen: (durch Personal auszufüllen) | Visum Abschluss |
|--|-----------------|

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 (F004) 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 anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden dürfen.
- Die im Rahmen der Blutspende erhobenen 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.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Datum: _____ Unterschrift: _____