



Entnahmenummer

Vorname | Name: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Strasse: _____

PLZ | Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Mobil: _____ Erinnerung per SMS: Ja Nein

Durch Ankreuzen des Feldes JA willige ich ein, dass mich das Blutspendezentrum per SMS an den nächstmöglichen Spendetermin erinnert und bin damit einverstanden, dass meine Spenderdaten (Name, Mobiltelefonnummer, Spendetermine, Spendearten) dazu vom Blutspendezentrum bearbeitet werden.

E-Mail: _____

Durch Angabe meiner E-Mailadresse willige ich ein, dass mich das Blutspendezentrum per E-Mail zu persönlichen Kommunikationszwecken kontaktiert und meine Spenderdaten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon, Blutgruppe, Spendetermine, Spendearten, Prämienpunkte) dazu vom Blutspendezentrum auf deren internen Software BLUES gespeichert, an die Agentur Mindstudios übermittelt und mit der Kommunikationssoftware Mailchimp (The Rocket Science Group LLC) verknüpft werden. Ich habe die Möglichkeit, diesen persönlichen Service jederzeit wieder abzubestellen.

Blutspende in Basel-Stadt

Blutspendezentrum Basel
Mo / Di / Mi 10.00 – 14.00 Uhr
16.00 – 19.00 Uhr
Do / Fr 07.30 – 14.00 Uhr
2. + 4. Sa
im Monat 09.00 – 14.00 Uhr

Blutspende in der Region Basel

Spendetermine unter:
blutspende-basel.ch/region

Spenden Sie zum ersten Mal?

Dann kommen Sie bitte bis spätestens eine halbe Stunde vor Schliessung.

Stiftung Blutspendezentrum SRK beider Basel, Hebelstrasse 10, 4031 Basel, Schweiz
Tel: +41 (0)61 265 20 90, blutspende-basel@usb.ch, blutspende-basel.ch

Spende Blut. Rette Leben.

2023

Liebe Blutspenderin, lieber Blutspender
Ab folgendem Datum sind Sie herzlich zur Blutspende eingeladen:

Empty box for date

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. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an unser Team, um abzuklären, ob Sie gegenwärtig die Spenderkriterien erfüllen.

Table with columns: Neu, Typ, Q, vBB, RhD, WNV, FER, AKST, kapHb, Blutdruck, Puls, Gewicht. Sub-rows for Ma AK, Bem, Chag, HH, WNV, NonK.

Form with fields: Arzt-/Erstspenderinfo, Spendetauglichkeit (Ja/Nein), Visum, Visum BSD, Vollständigkeit des Fragebogens, Identität kontrolliert, Datum, Visum BSD, BDKo, BDKo Wert, Visum VP, Entnahmedauer.

Bemerkungen: (durch Personal auszufüllen)

Sie haben soeben das Informationsblatt für Blutspender:innen 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 Sie und die Empfänger des Blutes klein zu halten.

| | | Ja | Nein | Visum BSD SRK |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| 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 zur Zeit 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)? Falls ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) | Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrößerung oder Haarausfall (z. B. Alopecia, Finacipil®, Propecia® oder 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®, Norvir®) eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d) | Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® oder Duodart® gegen Prostatavergrößerung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e) | Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® gegen Schuppenflechte oder Eridege® 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 Lungenerkrankungen (z. B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung oder 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 menschliches oder tierisches Gewebe übertragen oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) | Wurde bei Ihnen jemals eine Operation am 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 1.1.1980 und 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 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. a) | Waren Sie in den letzten 12 Monaten ausserhalb der Schweiz? 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"/> | |

| | | Ja | Nein | Visum BSD SRK |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| 12. a) | Sind Sie ausserhalb der Schweiz geboren oder haben Sie mehr als 6 Monate ausserhalb der Schweiz 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 oder hat sie mehr als 6 Monate ausserhalb Europas 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"/> 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"/> 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"/> Lymphogranuloma venereum <input type="checkbox"/> Filariose <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> 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"/> Tätowierung, <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung, <input type="checkbox"/> Akupunktur, <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung, <input type="checkbox"/> kosmetische Behandlung wie permanent Make-up oder Microblading, <input type="checkbox"/> Piercing, <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. a) | Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? • Haben Sie innerhalb den letzten 4 Monaten Ihr bzw. Ihre Sexualpartner:in gewechselt? • 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 Ihr bzw. Ihre Lebens-, Sexual oder Wohnpartner:in in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht (Hepatitis B oder C) erkrankt? • Ist Ihr bzw. Ihre Sexualpartner:in in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. b) | Nur von Männern zu beantworten ♂ • Hatten Sie sexuellen Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. c) | • Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partner:innen gehabt, die sich einer Risikosituation wie in Frage 16 (a und b) ausgesetzt haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. d) | • Haben Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt mit Partner:innen gehabt, die sich für mehr als 6 Monate in HIV-HCV-HBV-Risikoländern aufgehalten haben oder dort Bluttransfusionen erhalten haben? Datum der Rückkehr des/der Partner:in? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. | Nur von Frauen zu beantworten ♀ • Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____ • Haben Sie vor 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | |
|-------------|----------------|
| Bemerkungen | Visum Personal |
|-------------|----------------|

Einverständniserklärung und Bestätigung (durch den/die Spender:in auszufüllen und zu unterschreiben)

- Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für Blutspender:innen 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 (RBSD) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

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



Informationsblatt für Blutspender:innen

Blut und Bluttransfusionen

Blut und seine Bestandteile erfüllen viele lebenswichtige Funktionen im menschlichen Körper. Bei Kranken und Verunfallten kann eine Bluttransfusion notwendig sein, um deren Leben zu retten oder die Heilung zu ermöglichen. Die Bluttransfusion ist die häufigste medizinische Massnahme, welche bei im Spital behandelten Patient:innen durchgeführt wird. Sie ist in der Schweiz nur möglich, solange sich genügend gesunde, freiwillige Blutspender:innen finden. Weiterführende Informationen zur Funktion des Blutes, zu den verschiedenen Arten von Blutprodukten und zu deren Nutzen für die Patient:innen finden Sie auf der Blutspende SRK Schweiz Website. Sie haben zudem jederzeit die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen.

Die Blutspende

Bei der Blutspende punktieren wir eine Vene in der Ellenbeuge und entnehmen Ihnen innerhalb von rund 10 Minuten annähernd ½ Liter Blut. Dieser schnelle Blutverlust ist für eine gesunde Person in der Regel gut zu verkraften. Deshalb ist es wichtig, dass Sie gesund sind. Falls aus unseren Untersuchungen (Blutdruck und Hämoglobinbestimmung), aus Ihren Antworten auf dem Medizinischen Fragebogen oder aus dem medizinischen Gespräch hervorgeht, dass die Blutspende ein erhöhtes Risiko für Ihre Gesundheit darstellt, führen wir die Entnahme nicht durch. Auch bei Einhaltung aller Vorsichtsmassnahmen sind unerwünschte Nebenwirkungen während oder nach der Blutspende möglich:

- Vorübergehender Kreislaufkollaps,
- Lokale Komplikationen an der Einstichstelle in der Ellenbeuge (Bluterguss, Ausweitung eines Blutgefässes, Nervenverletzung).

Die meisten Nebenwirkungen sind harmlos und von kurzer Dauer. Sehr seltene, allenfalls schwerwiegende Komplikationen (z. B. längerfristige eingeschränkte Beweglichkeit des Arms) können nicht vollständig ausgeschlossen werden. Über Vorbeuge- und Verhaltensmassnahmen orientiert Sie Ihr Blutspendezentrum. Bis zur Ausübung von Tätigkeiten/Hobbies oder Berufen, in denen Sie sich und andere gefährden können, muss nach dem Spenden mindestens 12 Stunden gewartet werden.

Massnahmen zur Vermeidung von Schäden beim Empfänger/bei der Empfängerin Ihres Blutes:

1. Risikosituationen

Ein Risiko ist die Übertragung einer Infektionskrankheit, die möglicherweise in Ihrem Blut vorhanden ist, ohne dass Sie krank sind oder sich krank fühlen. Auch hier versuchen wir das Risiko anhand Ihrer Antworten auf dem Medizinischen Fragebogen abzuschätzen. Aufgrund der Vorschriften von Blutspende SRK Schweiz kann es sein, dass wir Sie vorübergehend oder dauernd für die Blutspende ausschliessen müssen.

Folgende Situationen stellen einen definitiven Ausschlussgrund für die Blutspende dar:

1. Positiver Test für HIV (AIDS), Syphilis, Hepatitis C oder Hepatitis B
2. Injektion von Drogen (früher oder aktuell)
3. Bluttransfusionen nach dem 01.01.1980
4. Aufenthalt im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln) zwischen 01.01.1980 und 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger

Folgende Situationen können einen Rückweisungsgrund für die Blutspende darstellen:

5. Sexueller Kontakt* unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten
6. Erkrankung an einer Geschlechtskrankheit in den letzten 12 Monaten
7. Sexueller Kontakt* mit einem neuen bzw. einer neuen Partner:in in den letzten 4 Monaten
8. Sexueller Kontakt* mit mehr als 2 Personen in den letzten 4 Monaten
9. Sexueller Kontakt* unter Männern in den letzten 12 Monaten oder deren weiblichen Partnerinnen
10. Auslandsaufenthalte in den letzten 6 Monaten (genauere Angaben sind auf www.blutspende.ch unter dem Begriff Travelcheck zu finden)
11. Medizinische oder kosmetische Eingriffe / Behandlungen, sowie Erhalt von Bluttransfusionen
12. Sexueller Kontakt* in den letzten 4 bis 12 Monaten mit Partner:innen mit einem Risiko wie unter Punkt 1 bis 2 resp. 5 bis 10 erwähnt

*Geschützt oder nicht geschützt

Sie können jederzeit vor, während oder nach der Spende ohne Angaben von Gründen von Ihrer Blutspende zurücktreten und die Verwendung des gespendeten Blutes, sofern noch nicht transfundiert, untersagen.



2. Laboruntersuchungen

Das Blut jeder Spende wird auf das Vorhandensein des HI-Virus (AIDS), der Hepatitis B-, C- und E-Viren (Gelbsucht), des Syphilis-Erregers sowie bei Bedarf auf Parvo B19 und Hepatitis A-Virus untersucht. Informationen zu den genannten Krankheiten und deren Übertragungswege finden Sie auf der Website des BAG. Wenn Untersuchungsergebnisse auf eine Krankheit hinweisen, werden Sie unverzüglich informiert und Ihr Blut wird nicht verwendet. Ein Problem ist die Tatsache, dass in der ersten Zeit nach einer Ansteckung die Labortests noch unauffällig sein können. Wenn Sie in diesem Zeitfenster Blut spenden, wäre es möglich, dass eine Infektionskrankheit von Ihnen auf den oder die Empfänger:in Ihres Blutes übertragen wird, ohne dass der Blutspendedienst dies erkennen und verhindern kann. Deshalb ist es von grösster Bedeutung, dass Sie den Fragebogen wahrheitsgetreu beantworten. Bei jeder und jedem Spender:in werden die ABO-, Rhesus D-Blutgruppe und bei Bedarf weitere transfusionsrelevante Merkmale (auch unter Verwendung genetischer Methoden) bestimmt.

3. Bitte informieren Sie möglichst rasch Ihr Blutspendezentrum, falls:

- Sie oder eine Ihrer engen Kontaktpersonen in den nächsten Tagen erkranken,
- es Ihnen nachträglich bewusst wird, dass Sie eine Frage nicht richtig beantwortet haben,
- Komplikationen in der Folge Ihrer Blutspende auftreten.

Eine rechtzeitige Information kann verhindern, dass eine bisher unerkannte Infektionskrankheit durch die Transfusion Ihres Blutes einem oder einer Patient:in übertragen wird.

Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen ausschliesslich innerhalb der Blutspende SRK Schweiz und der Regionalen Blutspendedienste zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.