



Wir laden Sie ein:

Spendezeiten in St.Gallen:

Dienstag 14.30 – 19.30 Uhr
Donnerstag 08.00 – 13.00 Uhr
1. Samstag im Monat 08.00 – 11.00 Uhr
Fällt der 1. Samstag auf einen Feiertag, findet die Spende am darauffolgenden Samstag statt.

Vergessen Sie bitte nicht, Ihren Spenderausweis sowie diese Einladung mitzubringen! Falls Sie zum ersten Mal spenden, bringen Sie bitte Identitätskarte oder Pass mit.

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. Zuletzt bestätigen Sie unten auf dieser Seite dieses Fragebogens das Informationsblatt für Blutspender/innen zur Kenntnis genommen zu haben und Ihr Einverständnis zur heutigen Blutspende zu erteilen.

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 Blutspender/innen gelesen und verstanden habe. Allfällige Unklarheiten wurden mir zufrieden stellend 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 codierter oder anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden dürfen.
- 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, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Durch den RBSD SRK auszufüllen:					
▶ Vollständigkeit des Fragebogens und der Unterschrift überprüft			Datum: _____		Visum BSD: _____
▶ Spendetauglichkeit: <input type="checkbox"/> Ja			Datum: _____		Visum BSD: _____
<input type="checkbox"/> Nein Grund: _____					

Haemoglobin (g/l)	Blutdruck (mm Hg), Puls	Spendetyp (01; 11; 31; ...)	Entnahmedauer	Waage	Visum Phlebotomistin
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bemerkungen / Spezielles

Medizinischer Fragebogen

Bitte erst am Tag der Blutspende und mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber ausfüllen

Spendenummer

(Barcode-Nr. B-CH SRK)

Visum
Kontrolle

Bitte jede Frage mit **X** beantworten

1. Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? Jahr _____ Monat _____ Wo? _____	Ja	Nein	
2. Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	Ja	Nein	
3. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	Ja	Nein	
4. Hatten Sie in den letzten 72 Stunden eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung?	Ja	Nein	
5. Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie Fieber über 38 °C?	Ja	Nein	
6. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie – verwendet (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche? _____	Ja	Nein	
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrösserung oder Haarausfall (z.B. Alocapil®, Finacpil®, Propecia® oder Proscar®) oder gegen Akne (z.B. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® oder Toctino®) eingenommen?	Ja	Nein	
c) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Medikamente gegen Prostatavergrösserung (z.B. Avodart® oder Duodart®) angewendet?	Ja	Nein	
d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason® oder Acicutan® (Schuppenflechte) eingenommen?	Ja	Nein	
7. a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?	Ja	Nein	
b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut, Hepatitis B oder Starrkrampf geimpft?	Ja	Nein	
c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? _____ Wann? _____	Ja	Nein	
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)?	Ja	Nein	
b) Haut (z.B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem) oder Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	Ja	Nein	
c) Andere Krankheiten (z.B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs)?	Ja	Nein	
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?	Ja	Nein	
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen?	Ja	Nein	
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?	Ja	Nein	
c) Haben Sie vor 1.1.1986 Wachstumshormone erhalten?	Ja	Nein	
d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	Ja	Nein	
e) Waren Sie zwischen 1.1.1980 und 31.12.1996 für 6 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar und Falklandinseln)?	Ja	Nein	
f) Haben Sie seit 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	Ja	Nein	
11. Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz? a) Falls ja, wo? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____	Ja	Nein	
b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)? Wenn ja, bitte präzisieren: _____	Ja	Nein	
12. a) Sind Sie ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____ Wenn ja, seit wann leben Sie in Europa? _____	Ja	Nein	
b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder hat dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____	Ja	Nein	
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"/> Zika <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Ebola Wann? _____	Ja	Nein	
b) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich oder Kontakt mit Infektionskrankheiten? Falls ja, welche? _____	Ja	Nein	
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"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? Wann? _____	Ja	Nein	
15. Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	Ja	Nein	
16. Ist Ihr Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht oder Zika erkrankt?	Ja	Nein	
17. 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 in den letzte 12 Monaten <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 12 Monaten während 6 Monaten oder länger <input type="checkbox"/> Jemals sexuellen Kontakt unter Männern <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten <input type="checkbox"/> Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig <input type="checkbox"/> Positiver Test für HIV (AIDS), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C)	Ja	Nein	
18. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partner/Innen gehabt, die <input type="checkbox"/> sich einer Risikosituation wie in den Fragen 17 ausgesetzt haben, oder <input type="checkbox"/> die in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben, oder <input type="checkbox"/> die wegen einer Blutgerinnungsstörung mit aus Blut hergestellten Medikamenten behandelt wurden?	Ja	Nein	

Nur von Frauen zu beantworten

19. Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____	Ja	Nein	
20. Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	Ja	Nein	

Bemerkungen zu Frage _____ :

RBSD SRK zu Frage _____ :

zu Frage _____ :

zu Frage _____ :

zu Frage _____ :