



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.

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 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 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 SG) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

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

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

| Durch den RBSD SG auszufüllen: | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| nur VB | Hämoglobin (g/l) / ggf. 2. Messung: | Blutdruck (mm Hg) / ggf. 2. Messung: | Puls (bpm) / ggf. 2. Mess.: | Bemerkungen: | Datum/Visum: |
| VB und Apherese | Vollständigkeit des Fragebogens und der Unterschrift überprüft. Spendetauglichkeit gegeben? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja | | | Entnahmetyp: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ | | | Bemerkungen: _____ | | Datum/Visum: _____ |
| nur VB | Entnahmedauer: | Waage: | Visum Phlebotomistin: | ggf. Entnahmedauer 2. Punktion: | ggf. Waage 2. Punktion: |
| Bemerkungen: | | | | | Datum/Visum: |

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. Alopecia, Finacapil, Propecia oder Proscar) oder gegen Akne (z.B. Roaccutan, Curakne, Isotretinoin, Retinac 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, Acicutan (Schuppenflechte) oder Eivedge (Basalzellkarzinom) 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 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 3 Jahren 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 oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten? | Ja | Nein |
| b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt? | Ja | Nein |
| c) Haben Sie vor dem 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 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)? | Ja | Nein |
| f) Haben Sie seit dem 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 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 – 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 | Ja | Nein |
| b) Erkrankten Sie jemals an: <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? Wenn ja, wann? _____ | Ja | Nein |
| c) Hatten Sie jemals eine andere, schwere Infektionskrankheit? Wenn ja, welche? _____ Wann? _____ | Ja | Nein |
| d) 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/Ihre Lebens-, Sexual- oder WohnpartnerIn in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht oder Zika erkrankt? | Ja | Nein |
| 17. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? • Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten • Sexueller Kontakt (geschützt oder nicht geschützt) mit wechselnden Partner/Innen in den letzten 12 Monaten • Aufenthalt in Ländern mit erhöhter HIV-Rate in den letzten 12 Monaten während 6 Monaten oder länger • Sexueller Kontakt unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten • Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig • Positiver Test für HIV (AIDS), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C) • Nur Männer: Jemals sexueller Kontakt unter Männern Sexueller Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten | Ja | Nein |
| 18. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partner/Innen gehabt, die • sich einer Risikosituation wie in den Fragen 17 ausgesetzt haben • die in HIV-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben | Ja | Nein |
| 19. Nur Frauen: • Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____ • Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten? | Ja | Nein |

Bemerkungen zu Frage _____ :

RBSD SG zu Frage _____ :

zu Frage _____ :

zu Frage _____ :

zu Frage _____ :