



Kapitel 17 A1: Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung

Medizinischer Fragebogen

Entnahmenummer

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 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 BlutspenderInnen 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.
- 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 (RBSD) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____ 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 72 Stunden 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 gegen Prostatavergrösserung oder Haarausfall (z. B. Alocapil®, Finacopil®, 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 6 Monaten Medikamente gegen Prostatavergrösserung (z. B. Avodart® oder Duodart®) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® (Schuppenflechte) oder Erivedge® (Basalzellkarzinom) eingenommen?	<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"/>	
b) Haut (z. B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem) 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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<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"/>	



	Ja	Nein	Visa
11. Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz? a) Falls ja, wo? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____ b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z. B. Fieber)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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? _____	<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 - 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 _____?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Hatten Sie jemals 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"/> 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? _____	<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. 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) • Lebens-, Sexual oder WohnpartnerIn in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt • <i>Nur Männer:</i> Jemals sexueller Kontakt unter Männern Sexueller Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. <i>Nur Frauen:</i> • Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____ • Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Durch den RBSD auszufüllen:

Bemerkungen zu Frage _____ : _____
zu Frage _____ : _____
zu Frage _____ : _____

► Vollständigkeit des Fragebogens und der Unterschrift überprüft Datum: _____ Visum BSD: _____

► Spendetauglichkeit Ja
Nein Grund: _____ Datum: _____ Visum BSD: _____

PERSONALIEN & WEITERE INFORMATIONEN
(Regionale Angaben)