



EDV-Eingabe:	ja <input type="checkbox"/>
Kontrolle Datum:	Visum:

Neuspenderin/Neuspender

Name: _____

Vorname: _____

Mädchenname: _____

Geburtsdatum:

Geschlecht: M F

Beruf: _____

Privatadresse: _____

Postleitzahl: Ort: _____

Telefon P: _____ Mobil: _____

Telefon G: _____

E-Mail: _____

Körpergewicht: _____ kg

Grösse: _____ cm

Entnahmenummer:

Wir danken Ihnen im Namen der Patientinnen und Patienten für Ihr Interesse am Blutspenden und heissen Sie beim Zürcher Blutspendedienst SRK herzlich willkommen.

Bitte lesen Sie zuerst das beigefügte Informationsblatt und füllen Sie erst am Tag der Blutspende den Fragebogen (Seite 2 und 3) mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber aus. Bei Unklarheiten rufen Sie uns bitte an.

Vom Entnahmepersonal auszufüllen. Personenidentifikation: i.O. nein Visum:

Blutdruck	Temperatur	Visum	Extra	ACD	Ausw.	Arzt	RW
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
max. 180/110 min. 100/50	max. 38°	Visum <input type="text"/>				Grund <input type="text"/>	
Puls	HB	Visum	Gewicht	Grösse	KK	ME	<input type="checkbox"/> mRö <input type="checkbox"/> oRö
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
max. 100 min. 50	F 125-165 M 135-185						
Phlebotomistin	Beginn	Ende	Entnahmedauer/Visum	Ent.-Menge	Lot-Nummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Bemerkungen:

Visum: _____

Medizinischer Fragebogen

Bitte jede Frage mit X beantworten

	Ja	Nein	Visum
1. Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? _____	<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 Std. dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlungen?	<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 irgendwelche Medikamente – auch selbstgekauft (Tabletten, Spritzen, Zäpfchen) angewendet? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Proscar® (Prostatavergrößerung), Roaccutan® (Akne) oder Propecia® (Kahlwuchs) oder in den letzten 6 Monaten Avodart® (Prostatavergrößerung) angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason® / Soriatane® (gegen Schuppenflechten) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs/bakterielle Präparate) erhalten?	<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"/>	
c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Falls ja, welche? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. a) Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? <input type="checkbox"/> Kreislauf-erkrankung <input type="checkbox"/> Blutdruckkrankheiten <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Herz-operation <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> Hirnschlag <input type="checkbox"/> Streifung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falls ja, wann? _____			
b) <input type="checkbox"/> Haut-erkrankung <input type="checkbox"/> Verletzungen <input type="checkbox"/> Ausschläge/ Ekzeme <input type="checkbox"/> Heu-schnupfen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falls ja, wann? _____			
c) <input type="checkbox"/> Zucker-krankheit <input type="checkbox"/> Blutkrankheit <input type="checkbox"/> Gefäss-krankheit <input type="checkbox"/> Nieren-krankheit <input type="checkbox"/> Nerven-krankheit <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Suchtkrankheit (Alkohol, Drogen oder Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falls ja, wann? _____			

	Ja	Nein	Visum
9. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende eine(n) <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Operation Falls ja, erklären? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation am Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Haben Sie vor 1986 Wachstumshormone erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) 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"/>	
b) Waren Sie zwischen 1980 und 1996 für insgesamt 6 Monate oder länger in Grossbritannien (England, Schottland, Wales, Insel Man, Kanalinseln) oder Nordirland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie seit 1980 eine oder mehrere Bluttransfusionen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a) Waren Sie in den letzten 12 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende ausserhalb Europas? Falls ja, wo? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Hatten Sie während Ihrem Aufenthalt dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber, Durchfall)? Falls ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. a) Sind Sie jemals an einer Malaria erkrankt?	<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"/>	
15. Erkrankten Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Toxoplas-mose <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Leishmaniose Falls ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. a) Hatten Sie in den letzten Monaten: <input type="checkbox"/> eine Endoskopie <input type="checkbox"/> eine Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) <input type="checkbox"/> eine Nadelstichverletzung <input type="checkbox"/> eine Tätowierung <input type="checkbox"/> eine elektrische Epilierung <input type="checkbox"/> ein permanentes Make-up <input type="checkbox"/> ein Piercing Anderes, falls ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. a) Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie jemals einen positiven Hepatitis-Test gehabt? Falls ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Hat Ihr Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten eine Gelbsucht durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Medizinischer Fragebogen

Bitte jede Frage mit X beantworten

	Ja	Nein	Visum
18. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? <input type="checkbox"/> Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 5 Jahren während mindestens 6 Monaten <input type="checkbox"/> Sexuelle Kontakte unter Männern seit 1977 <input type="checkbox"/> Gewerbsmässige sexuelle Kontakte seit 1977 <input type="checkbox"/> Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig <input type="checkbox"/> Positiver Test für AIDS-Viren (HIV), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Entnahmenummer:

	Ja	Nein	Visum
20. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte gehabt mit PartnerInnen, die sich einer Risikosituation wie in der Frage 19) ausgesetzt haben oder die in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nur von Frauen zu beantworten:			
21. Sind Sie zurzeit oder waren Sie in den letzten 12 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Haben Sie vor 1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einverständniserklärung und Bestätigung durch die Spenderin / den Spender auszufüllen und zu unterschreiben

- Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.
- Mir ist bekannt, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, während und nach der Spende und ohne Angaben von Gründen von der Blutspende zurückzutreten und die Verwendung des gespendeten Blutes zu untersagen.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt (Version 04) für BlutspenderInnen heute 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 die Resultate benachrichtigt werde.
- 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 des Blutspendedienstes SRK (BSD SRK) und der Regionalen Blutspendedienste SRK (BSD SRK) zur Anwendung.

Name: Vorname: Geb.-Datum:

(bitte in Blockschrift ausfüllen)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen Anamnese:

zu Frage: _____

zu Frage: _____

zu Frage: _____

	Spendetauglich	Rückweisung	Ausschluss	Datum	Visum
Fragebogen kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HB, Puls, BD kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Schlusskontrolle: