Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung

Medizinischer Fragebogen

Entnahmenummer

Sie haben soeben das **Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender** 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 und Blutspender 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 innerhalb der Blutspende SRK Schweiz (B-CH) und der Regionalen Blutspendedienste (RBSD) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden. Für die Patientenversorgung werden ausschliesslich kodierte Angaben (Spender-, Produktnummer) und Blutgruppenmerkmale weitergegeben.

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

		Ja	Nein	Visa
1.	Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? _____ Wo? _____	☐	☐	
2.	Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	☐	☐	
3.	Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	☐	☐	
4.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung?	☐	☐	
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?	☐	☐	
6.	a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente - auch rezeptfreie - verwendet (z. B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Wenn ja, welche? _____	☐	☐	
	b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrösserung oder Haarausfall (z.B. Proscar®, Finasterid-Mepha Procapil ®, Finacapil® oder Propecia®) oder gegen Akne/Ekzeme (z.B. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® oder Toctino®) oder gegen Depressionen (Lithiumhaltige Medikamente, z.B. Lithiofor®) oder Migräne (z.B. Topamax®) oder gegen eine bipolare Störung (z.B. Convulex® oder Tegretol®) eingenommen?	☐	☐	
	c) Haben Sie in den letzten 2 Monaten Medikamente gegen Endometriose (z.B. Lucrin Depot®) injiziert?	☐	☐	
	d) Haben Sie in den letzten 4 Monaten antiretrovirale Therapien /PEP/PrEP (z.B. Truvada®, Isentress® Prezista® oder Norvir®) eingenommen oder aus Blut hergestellte Medikamente erhalten?	☐	☐	
	e) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Medikamente mit Dutasterid gegen Prostatavergrösserung eingenommen (z.B. Avodart® ~~oder~~oder Duodart®)~~gegen Prostatavergrösserung eingenommen~~?	☐	☐	
	f) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Zytostatika (z.B. Methotrexat® gegen Psoriasis oder Arthritis) bekommen?	☐	☐	
	g) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® gegen Schuppenflechte oder Erivedge® aufgrund eines Basalzellkarzinoms eingenommen oder eine PrEP Spritze bezüglich HIV bekommen?	☐	☐	
7.	a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Impfungen erhalten? Welche? _____ Wann? _____ ~~Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?~~	☐	☐	
	b) Haben Sie in den letzten 4 Monaten Antikörper als Schutz nach möglichem Kontakt mit einer Krankheit erhalten (passive Immunisierung); z.B. Cytotect CP Biotest®, Hepatect CP® oder Varitect CP®, Tetagam CP®?~~Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut oder Starrkrampf geimpft?~~	☐	☐	
	c) Bekamen Sie in den letzten 12 Monaten eine Tollwut Prophylaxe nach einer Bissverletzung im Ausland? ~~Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten?~~ ~~Welche? _____ Wann? _____~~	☐	☐	
8.	Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? a) Herz-/Kreislauf- oder Lungenerkrankung, z.B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung oder Bewusstlosigkeit?	☐	☐	
	b) Hauterkrankungen (z.B. ~~-~~Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	☐	☐	
	c) Andere Krankheiten, z.B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs, Osteoporose?	☐	☐	
9.	Hatten Sie in den letzten ~~3 Jahren~~12 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende ☐ einen Spitalaufenthalt? ☐ einen Unfall? ☐ eine Operation?	☐	☐	
10.	a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe oder Zellen übertragen oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten?	☐	☐	
	b) Hatten Sie jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark im Ausland?	☐	☐	

c) Haben Sie vor dem 1.1.1986 Wachstumshormone oder Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit erhalten?	☐	☐	
d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	☐	☐	
e) Haben Sie in den letzten 4 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende eine Bluttransfusion erhalten?	☐	☐	

	Ja	Nein	Visa
11. a) Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz? Falls ja, wo und wie lange? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____	☐	☐	
b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)? Wenn ja, bitte präzisieren: _____	☐	☐	
12. a) Sind Sie ausserhalb der Schweiz geboren oder haben mehr als 6 Monate ausserhalb der Schweiz gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____ Wenn ja, seit wann leben Sie in der Schweiz? _____	☐	☐	
b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren oder hat mehr als 6 Monate ausserhalb Europas gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____	☐	☐	
13. a) Erkrankten Sie in den letzten - **6 Monaten** an: ☐ Toxoplasmose ☐ Pfeifferschem Drüsenfieber ☐ Amöbiasis ☐ Shigellose ☐ FSME - **12 Monaten** an: ☐ Bilharziose ☐ Gonorrhö - **2 Jahren** an: ☐ Osteomyelitis ☐ Rheumatischem Fieber ☐ Tuberkulose ☐ Rückfallfieber ☐ Guillain-Barré-Syndrom ☐ Q-Fieber	☐	☐	
b) Erkrankten Sie **jemals** an einer der folgenden Infektionskrankheiten: ☐ Malaria ☐ Chagas ☐ Brucellose ☐ Echinokokkose ☐ Leishmaniose ☐ Lymphogranuloma venereum ☐ Filariose ☐ Babesiose ☐ Ebola ☐ oder an anderen schweren Infektionen? Wenn ja, an welcher? _____ Wann? _____	☐	☐	
c) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich?	☐	☐	
d) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit einer Person, die eine Infektionskrankheit hat oder hatte? Falls ja, welche? _____	☐	☐	
14. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: ☐ Tätowierung, ☐ Piercing, ☐ elektrische Haarentfernung, ☐ kosmetische Behandlungen wie z.B. permanent Make-up oder Mikroblading ☐ Magen-, Darmspiegelung, ☐ Akupunktur, ☐ Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? ☐ Blutegelanwendung Wann? _____Wo? _____	☐	☐	
15. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu: • Hatten Sie innerhalb den letzten 4 Monaten eine neue oder wechselnde Sexualpartnerschaft? • 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? • Sind Sie jemals an HIV (AIDS) oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) erkrankt oder hatten Sie einen positiven Test? • Sind Sie jemals an Syphilis erkrankt? • Ist Ihre Lebens-, Sexual oder Wohnpartnerin bzw. ihr Lebens-, Sexual oder Wohnpartner in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht (Hepatitis B oder C) erkrankt? • Ist Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihr Sexualpartner in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
16. a) Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in Frage 15 ausgesetzt haben? b) Haben Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich für mehr als 6 Monate in HIV- und/oder Hepatitis C (HCV)- und/oder Hepatitis B (HBV)-Risikoländern aufgehalten haben oder dort Bluttransfusionen erhalten haben? Datum der Rückkehr des Partners, der Partnerin _____	☐ ☐	☐ ☐	
17. Falls für Sie zutreffend: Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____	☐	☐	

Wird durch den RBSD ausgefüllt:

Bemerkungen zu Frage_____ :_____

zu Frage_____ :_____

zu Frage_____ :_____

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

► Zugelassen zur Spende Ja

Nein Grund: Datum: _____ Visum BSD: _____

PERSONALIEN & WEITERE INFORMATIONEN (Regionale Angaben)