

Anhang Art. 7.6 Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung	
Ookumentart: ANH	
Gültig ah: 01 02 2026	Version: 3

Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung			
Medizinischer Fragebogen	Entnahmenummer		

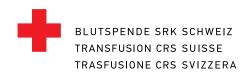
Sie haben soeben das Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender gelesen. Gestützt darauf erklären Sie, Blut spenden zu dürfen. Wir bitten Sie, zusätzlich die nachfolgenden Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten, d.h. jeweils Ja oder Nein anzukreuzen. Damit tragen Sie wesentlich dazu bei, die 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

Namo	e: Vorname: Geburtsdatum: Datum: Unterschri	erschrift:		
		Ja	Nein	Visa
1.	Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? Wo?			
2.				
3.				
4.				
5.	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?			
	Prezista® oder Norvir®) eingenommen oder aus Blut hergestellte Medikamente erhalten?			
	e) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® 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?			
7.	a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?			
	b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut oder Starrkrampf geimpft?			
	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.	☐ einen Spitalaufenthalt? ☐ einen Unfall? ☐ eine Öperation?			
10.	Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe 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?			
	worden oder besteht ein Verdacht darauf?			
	e) Haben Sie in den letzten 4 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende eine Bluttransfusion erhalten?			

Veröffentlichung: 28.10.2025 Seite: 1 von 2



Anhang Art. 7.6 Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung	
Dokumentart: ANH	
Gültig ab: 01.02.2026	Version: 3

		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:			
	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?			
14.	Falls ja, welche? Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: Tätowierung, Piercing, elektrische Haarentfernung, kosmetische Behandlungen wie 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?			
	d durch den RBSD ausgefüllt:			
3eme	erkungen zu Frage:			
	zu Frage :			
	zu Frage :			
► V	/ollständigkeit des Fragebogens und der Unterschrift überprüft Datum: Visum BS	D:		
► Z	Zugelassen zur Spende Ja			
	Nein Grund: Datum: Visur	n BSD	:	
	PERSONALIEN & WEITERE INFORMATIONEI	V 7		

Veröffentlichung: 28.10.2025 Seite: 2 von 2

(Regionale Angaben)