



Gesundheitsfragebogen für Blutspenderinnen und Blutspender im Alter zwischen 65 und 75 Jahren

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		

Ja Nein

1.	Fühlen Sie sich in letzter Zeit häufiger müde und erschöpft oder haben Sie einen Leistungseinbruch / Leistungsknick bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<p>a) Hat sich Ihr Allgemeinbefinden im Vergleich zu früher verschlechtert? Wenn ja, was hat sich verändert?</p> <p>b) Waren Sie beim Hausarzt? Wenn ja, was war die Diagnose?</p> <p>c) Waren Sie im Krankenhaus? Wenn ja, warum und wann? (Einweisungsgrund, Diagnose, Operation)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wenden Sie seit der letzten Blutspende neue Medikamente an oder hat sich die Dosierung der alten Medikamente verändert? Wenn ja, welche neuen Medikamente oder welche Dosierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<p>Tritt bei Ihnen unter körperlicher Anstrengung oder psychischer Aufregung oder auch ohne einen fassbaren Grund</p> <p>a) ein stumpfer, drückender, nicht gut abgrenzbarer Schmerz oder ein unangenehmes Druckgefühl in der Brust auf?</p> <p>b) ein spürbares (schnelleres) Herzklopfen oder ein unregelmässiger Herzschlag auf?</p> <p>c) eine Atemnot auf?</p>		

	Ja	Nein	
5	Müssen Sie den Kopfteil des Bettes hochstellen oder benötigen Sie mehrere Kopfkissen beim Schlafen?		
6	Leiden Sie unter plötzlichen Schwächeinfällen?		
7	Haben Sie öfters geschwollenen Beine (auch unabhängig vom heissen Sommerwetter)?		
8	Kam es bei Ihnen in der letzten Zeit zu einem ungewollten Gewichtsverlust?		
9	Leiden Sie neuerdings unter Nachschweiss?		
10	Haben Sie vergrösserte Lymphknoten bemerkt (z.B. Schwellungen in Achselhöhle, Hals, Leisten...)?		
11	Hatten oder haben Sie Sehstörungen, Lähmungen oder Gefühlsstörungen?		
12	Treiben Sie regelmässig Sport? Wenn ja, welche Sportart?		
13	Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Nebenwirkungen nach der Spende (Schwindel, Übelkeit, Ohnmacht, Sturz usw.)?		
14	Trifft bei Ihnen folgendes über Osteoporose zu		
	a) Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt?		
	b) Ist bei Ihnen Calcium- und/oder Vitamin-D-Mangel bekannt?		
	c) Findet bei Ihnen eine Hormonbehandlung statt?		
	d) Erlitten Sie spontane Wirbelkörperfrakturen (ohne Unfallereignis), welche mit Osteoporose in Verbindung gebracht werden?		
Ort, Datum			
Unterschrift Spender			

Bemerkungen: _____

Freigabe Rückweisung Ausschluss Zusätzliche Abklärung durch Spendearzt ZH notwendig

Datum/Visum Spendearzt _____

Datum/Visum MA _____