



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.	a) Hat sich Ihr Allgemeinbefinden im Vergleich zu früher verschlechtert? Wenn ja, was hat sich verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Waren Sie beim Hausarzt? Wenn ja, was war die Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Waren Sie im Krankenhaus? Wenn ja, warum und wann? (Einweisungsgrund, Diagnose, Operation)	<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.	Tritt bei Ihnen unter körperlicher Anstrengung oder psychischer Aufregung oder auch ohne einen fassbaren Grund		
	a) ein stumpfer, drückender, nicht gut abgrenzbarer Schmerz oder ein unangenehmes Druckgefühl in der Brust auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) ein spürbares (schnelleres) Herzklopfen oder ein unregelmässiger Herzschlag auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) eine Atemnot auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bemerkungen: _____

☐ Freigabe ☐ Rückweisung ☐ Ausschluss ☐ Zusätzliche Abklärung durch Spendearzt ZH notwendig

Datum/Visum Spendearzt _____

Datum/Visum MA _____