



## Medizinischer Fragebogen

Bei Fragen:

Rufen Sie an oder schicken Sie uns eine Email.

T 081 256 66 17, info@blutspende-gr.ch

**Bitte erst am Tag der Blutspende mit Kugelschreiber ausfüllen!**

**Zur Spende bitte Spenderausweis oder ID mitbringen!**

### Öffnungszeiten im Blutspendezentrum Kantonsspital Chur:

Montag, Mittwoch	07.30 – 12.00 Uhr / 13.00 – 17.30 Uhr
Dienstag	16.00 – 19.00 Uhr
Donnerstag	geschlossen
Freitag	07.30 – 14.00 Uhr

Spender-Nr.	Entnahme-Nr.
Name	
Vorname	Geburtsdatum
	m w
Strasse, Nr.	
PLZ/Ort	
Tel. (Handy)	
Tel. (Geschäft/dstl.)	
Mail	

Sie haben soeben das **Informationsblatt für BlutspenderInnen** 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 Risiken 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.
- Ich bin damit einverstanden, dass ein Teil meiner Spende für Laborzwecke, für die Verbesserung der medizinischen Diagnostik, z. B für die Herstellung, Entwicklung und Qualitätskontrolle von Tests, Geräten und Laborverfahren 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.

### Bei Neuspndern:

ausgewiesen durch

ID     Führerschein     anderes Dokument

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Gewicht	Grösse (cm)	Blutdruck	Puls	Hämoglobin (g/l)	Visum Labor	Entnahmzeit (hh:mm)	Entnahmedauer (min)	Visum Phlebotomistin

### Bitte jede Frage mit beantworten

		Ja	Nein	Visum
1. Haben Sie jemals Blut gespendet?	Falls ja, wann letztmals? _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2. Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	Wo? _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
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?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
6. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfrei – verwendet (z. B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Wenn ja, welche? _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
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?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
c) Haben Sie in den letzten 2 Monaten Medikamente gegen Endometriose (z. B. Lucrin Depot®) injiziert?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
d) Haben Sie in den letzten 4 Monaten antiretroviroale Therapien/PEP/PrEP (z. B. Truvada®, Isentress®, Prezista® oder Norvir®) eingenommen oder aus Blut hergestellte Medikamente erhalten?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
e) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® oder Duodart® gegen Prostatavergrösserung eingenommen?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
f) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Zytostatika (z. B. Methotrexat® gegen Psoriasis oder Arthritis) bekommen?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
g) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® gegen Schuppenflechte oder Eriavedge® aufgrund eines Basalzellkarzinoms eingenommen?	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Fortsetzung siehe Rückseite

**Bitte jede Frage mit  beantworten**

Ja    Nein    Visum

7. a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut oder Starrkrampf geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
a) Herz-/Kreislauf- oder Lungenerkrankung, z. B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung oder Bewusstlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Hauterkrankungen (z. B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Andere Krankheiten, z. B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefäße, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs, Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Hatten Sie in den letzten 3 Jahren oder seit Ihrer letzten Blutspende <input type="checkbox"/> einen Spitalaufenthalt? <input type="checkbox"/> einen Unfall? <input type="checkbox"/> eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Hatten Sie jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark im Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Haben Sie vor dem 1.1.1986 Wachstumshormone oder Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e) Haben Sie in den letzten 4 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. a) Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Falls ja, wo und wie lange? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z. B Fieber)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. a) Sind Sie ausserhalb der Schweiz geboren oder haben Sie mehr als 6 Monate ausserhalb der Schweiz gelebt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann leben Sie in der Schweiz? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren oder hat mehr als 6 Monate ausserhalb Europas gelebt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. a) Erkrankten Sie in den letzten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Monaten an: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Pfeifferschem Drüsenvirus <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> FSME	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12 Monaten an: <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Gonorrhö	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Jahren an: <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Guillain-Barré-Syndrom <input type="checkbox"/> Q-Fieber	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Erkrankten Sie <b>jemals</b> an einer der folgenden Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Echinokokkose <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Lymphogranuloma venereum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Filariose <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> oder an anderen schweren Infektionen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, an welcher? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit einer Person, die eine Infektionskrankheit hat oder hatte?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: <input type="checkbox"/> Tätowierung <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung <input type="checkbox"/> Magen-/Darmspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kosmetische Behandlungen wie Permanent Make-up oder Mikroblading <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? <input type="checkbox"/> Blutgegenwendung?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wann? _____ Wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Hatten Sie innerhalb der letzten 4 Monate eine neue oder wechselnde Sexualpartnerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Hatten Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt (geschützt oder ungeschützt) mit mehr als zwei Personen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt unter Einfluss synthetischer Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt für den Sie Geld oder andere Leistungen (Drogen oder Medikamente) erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Sind Sie jemals an HIV (AIDS) oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) erkrankt oder hatten Sie einen positiven Test?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Sind Sie jemals an Syphilis erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• 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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Ist Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihr Sexualpartner in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Falls für Sie zutreffend: Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Bemerkungen zu den Fragen:**

Frage _____		

<input type="checkbox"/> Zur Spende zugelassen		Datum, Visum	Fragebogen kontrolliert
<input type="checkbox"/> Rückweisung weil (s. rechts):			
<input type="checkbox"/> Spenderarzt			Datum, Visum