



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
 TRANSFUSION CRS SUISSE
 TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Formular

Fragebogen für Spender über 65 Jahre

Spende: Vollblut Apherese

Name und Vorname:

Geb. Datum:

Spender-Nr.:

Bitte füllen Sie beide Formulareseiten aus!

JA

NEIN

	JA	NEIN
Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls nein: warum nicht? <input type="text"/>		
Sind Änderungen in Ihrem Gesundheitszustand seit Ihrer letzten Blutspende aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche?		
Haben Sie Atemnot oder Schmerzen bei Anstrengung (z.B. Treppensteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie allgemein in der Leistung eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmässig Herzklopfen oder leiden Sie an Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten oder haben Sie Sehstörungen, Lähmungen oder Gefühlsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was, wieviel und seit wann?		
Haben Sie einen erhöhten Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann?		
Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann?		
Haben Sie erhöhte Blutfette (Cholesterin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann?		
Sind Herzkrankheiten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Bitte wenden!



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

Formular

Fragebogen für Spender über 65 Jahre

Bitte füllen Sie beide Formulareseiten aus!	JA	NEIN
Welche Medikamente nehmen Sie ein? <i>(bitte alle angeben, auch nicht verschreibungspflichtige!)</i>		
Wir bitten Sie um folgende Angaben:		
Ihr Gewicht:		
Ihre Grösse:		
Werden ärztliche Kontrollen bei Ihnen regelmässig durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurde die letzte ärztliche Kontrolle bei Ihnen durchgeführt?		
Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Nebenwirkungen nach der Spende? <i>(Bspw. Schwindel, Übelkeit, Ohnmacht, Sturz usw.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und welche?		
Zusätzliche Fragen für Apherese-Spender		
Wurde bei Ihnen Osteoporose (verminderte Knochensubstanz) diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wann?		
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, was, wieviel und seit wann?		
Hatten Sie einen Knochenbruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welcher und wann?		
Hatte Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Bruch der Hüfte/ des Hüftgelenkes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals mehrere Monate lang Kortison eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, warum?		

Datum:

Unterschrift: