



Medizinischer Fragebogen

Bei Fragen: Rufen Sie an oder schicken Sie uns eine Email. T 081 353 15 54, 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:

Table with 2 columns: Day (Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag) and Time (07.30-12.00 Uhr, 13.00-17.30 Uhr, 16.00-19.00 Uhr, 07.30-14.00 Uhr)

Form with fields: Spender-Nr., Entnahme-Nr., Name, Vorname, Geburtsdatum, 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.

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.
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...

Bei Neuspendern: ausgewiesen durch [] ID [] Führerschein [] anderes Dokument

Datum _____ Unterschrift _____

Table with 8 columns: Gewicht, Grösse (cm), Blutdruck, Puls, Hämoglobin (g/l), Visum Labor, Entnahmezeit (hh:mm), Entnahmedauer (min), Visum Phlebotomistin

Bitte jede Frage mit [x] beantworten

Table with 4 columns: Question, Ja, Nein, Visum. Contains 10 numbered questions about blood donation history and health.

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?			
b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut oder Starrkrampf geimpft?			
c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? _____ Wann? _____			
8. Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen?			
a) Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankung (z. B. erhöhter/zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung, 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. 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?			
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten?			
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?			
c) Haben Sie vor dem 1.1.1986 Wachstumshormone erhalten?			
d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?			
e) Waren Sie zwischen dem 1.1.1980 und dem 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar und Falklandinseln)?			
f) Haben Sie seit dem 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?			
11. a) Waren Sie in den letzten 12 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 Sie 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: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> FSME			
12 Monaten an: <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Gonorrhö			
2 Jahren: <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Guillain-Barré-Syndrom			
b) Erkrankten Sie jemals an einer der folgenden Infektionskrankheiten:			
<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"/> Filariose <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> 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?			
Falls ja, welche? _____			
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"/> 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)? Wann? _____ Wo? _____			
15. Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?			
16. a) Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu?			
• Haben Sie innerhalb den letzten 4 Monaten Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihren Sexualpartner gewechselt?			
• 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			
• Haben Sie jemals einen positiven Test für HIV (AIDS), Syphilis oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) gehabt?			
• 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. b) Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt,			
• die sich einer Risikosituation wie in Frage 16a ausgesetzt haben?			
16. c) 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. Nur von Frauen zu beantworten:			
Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____			
Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit erhalten?			

Bemerkungen zu den Fragen:

Frage _____	

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