



Einladung zur nächsten Blutspende

Sind Sie verhindert, melden Sie sich bitte ab
(bei Spende auf mobiler Equipe nicht nötig)

Blutspendezentrum Münsterlingen
Tel. 058 144 22 74/bsd.muensterlingen@stgag.ch

Blutspendezentrum Frauenfeld
Tel. 058 144 71 39/bsd.frauenfeld@stgag.ch

**Vergessen Sie bitte nicht, Ihren Spender-Ausweis
sowie diese Einladung mitzubringen!**

Einverständniserklärung und Bestätigung (durch den/die Spender:in auszufüllen und zu unterschreiben)

- Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für Blutspender:innen 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.
- Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen ausschliesslich innerhalb der Blutspende SRK Schweiz (B-CH) und der Regionalen Blutspendedienste SRK (RBSD) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Datum: _____ **Unterschrift** _____

Die weiteren Angaben sind nur von Neuspender:innen oder bei Änderungen auszufüllen

Strasse, PLZ, Ort: _____ M F

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____ Mail: _____

<input type="checkbox"/> Erstspender:in	Blutdruck	Puls	Hämoglobin	<input type="checkbox"/> Spende sperren:		
<input type="checkbox"/> Mehrfachspender:in				<input type="checkbox"/> Malaria-Ak	<input type="checkbox"/> Hepatitis-Ak.	<input type="checkbox"/> Anderes (siehe Bemerkung)
<input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest				<input type="checkbox"/> Chagas-Ak	<input type="checkbox"/> Hämochromat.	

Arzt/Erstspenderinfo	<input type="checkbox"/> Identität kontrolliert	Spendentauglich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls «Nein», Grund: _____ Datum: _____ wieder aufbieten ab: _____ Visum BSD: _____
Visum:	Visum:	

Bemerkungen:

Entnahmestart	Entnahmedauer Min.	Waage-Nr	Visum Phlebotomistin
---------------	-----------------------	----------	----------------------

<input type="checkbox"/> Visum Kontrolle Stammd./BLUES:	Visum 2. Kontrolle:	Visum 3. Kontrolle:	Visum Abschlusskontrolle:
---	---------------------	---------------------	---------------------------

Medizinischer Fragebogen

Sie haben soeben das **Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender** 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 Restrisiken für Sie und die Empfänger des Blutes klein zu halten. **Bitte erst am Tag der Blutspende und mit Kugelschreiber ausfüllen**

Spendenummer

(Barcode-Nr. BSD SRK)

Bitte jede Frage mit X beantworten	Ja	Nein	Visum BSD SRK	Ja	Nein	Visum BSD SRK
1. Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? Jahr _____ Monat _____ Wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung, z. B. Erhalt einer Zahnfüllung?	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>				
6. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie – verwendet (z. B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrößerung oder Haarausfall (z. B. Alopecia®, Finacipil®, Propecia® oder Proscar®) oder gegen Akne (z. B. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® oder Toctino®) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c) Haben Sie in den letzten 4 Monaten antiretrovirale Therapien /PEP/PrEP (z. B. Truvada®, Isentress® Prezista® oder Norvir®) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® oder Duodart® gegen Prostatavergrößerung eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® gegen Schuppenflechte oder Erivedge® aufgrund eines Basalzellkarzinom eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
f) Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus Blut hergestellte Medikamente erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut oder Starkkrampf geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen?						
a) Herz-/Kreislauf- oder Lungenerkrankung z. B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung oder Bewusstlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b) Hauterkrankungen (z. B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c) Andere Krankheiten, z. B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs, Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Hatten Sie in den letzten 3 Jahren oder seit Ihrer letzten Blutspende eine/n <input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt? <input type="checkbox"/> Unfall? <input type="checkbox"/> Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c) Haben Sie vor dem 01.01.1986 Wachstumshormone erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>				
e) Waren Sie zwischen dem 01.01.1980 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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
f) Haben Sie seit dem 01.01.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. a) Waren Sie in den letzten 12 Monaten ausserhalb der Schweiz? Falls ja, wo und wie lange? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z. B. Fieber)? Wenn ja, bitte präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. a) Sind Sie ausserhalb der Schweiz geboren oder haben mehr als 6 Monate ausserhalb der Schweiz gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____ Wenn ja, seit wann leben Sie in der Schweiz? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren oder hat mehr als 6 Monate ausserhalb Europas gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. a) Erkrankten Sie in den letzten • 6 Monaten an: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> FSME • 12 Monaten an: <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Gonorrhö • 2 Jahren an: <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Rheumatischem Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Guillain-Barré-Syndrom <input type="checkbox"/> Q-Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> oder an anderen schweren Infektionen? Wenn ja, an welcher? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit einer Person, die eine Infektionskrankheit hat oder hatte? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input 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"/> kosmetische Behandlungen wie permanent Make-up oder Microblading <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? Wann? _____ Wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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) oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) gehabt? • Sind Sie jemals an Syphilis erkrankt? • 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b) Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in Frage 16 a) ausgesetzt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17. <i>Nur von Frauen zu beantworten:</i> • Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____ • Haben Sie vor dem 01.01.1986 Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bemerkungen						Visum BSD SRK