



Wir laden Sie ein:

Spendezeiten in St.Gallen:

Dienstag 14.30 – 19.30 Uhr
Donnerstag 08.00 – 13.00 Uhr
1. Samstag im Monat 08.00 – 11.00 Uhr
Fällt der 1. Samstag auf einen Feiertag,
findet die Spende am darauffolgenden Samstag statt.

Entnahme-Nummer
(Barcode-Nr. B-CH SRK)

Falls Sie zum ersten Mal spenden, bringen Sie bitte Identitätskarte oder Pass mit. Bitte bringen Sie Ihren Spendeausweis sowie diese Einladung mit!

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. **(Bitte erst am Tag der Blutspende und mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber ausfüllen)**. Damit tragen Sie wesentlich dazu bei, die Restrisiken für Sie und die Empfängerinnen oder 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.
- 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 (RBSD) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden. (www.blutspende-sg.ch)

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

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Durch den RBSD SG auszufüllen:					
VB	Hämoglobin (g/l) / ggf. 2. Messung:	Blutdruck (mm Hg) / ggf. 2. Messung:	Puls (bpm) / ggf. 2. Messung:	Datum / Visum:	
VB / Apherese	Vollständigkeit des Fragebogens und der Unterschrift überprüft. Spendetauglichkeit gegeben?			Entnahmetyp: _____	
	<input type="checkbox"/> Ja			Datum / Visum: _____	
	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ Bemerkungen: _____				
VB	Entnahmedauer:	Waage:	Visum Phlebotomistin:	ggf. Entnahmedauer 2. Punktion:	ggf. Waage 2. Punktion:
				ggf. Visum Phlebotomistin:	
Bemerkungen:					Datum / Visum:

Bemerkungen RBSD SG zu Seite 2	
zu Frage	
zu Frage	

Medizinischer Fragebogen – bitte jede Frage mit beantworten

Visum Kontrolle

1. Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? Jahr Monat Wo?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung z.B. Erhalt einer Zahnfüllung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Waren/Hatten Sie in den letzten 4 Wochen <input type="checkbox"/> in ärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/> Fieber über 38°C <input type="checkbox"/> andere leichte Krankheiten (z.B. Durchfall, Erkältungen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie – verwendet (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrößerung oder Haarausfall (z.B. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® oder Proscar®) oder gegen Akne (z.B. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® oder Toctino®) eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) Haben Sie in den letzten 4 Monaten antiretrovirale Therapien /PEP/PrEP (z.B. Truvada®, Isentress®, Prezista®, oder Norvir®) eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
d) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® oder Duodart® gegen Prostatavergrößerung eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
e) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® gegen Schuppenflechte oder Erivedge® aufgrund eines Basalzellkarzinoms eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
f) Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus Blut hergestellte Medikamente erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut oder Starrkrampf geimpft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? Wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8. Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
a) Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankung, z.B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung oder Bewusstlosigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) <u>Hauterkrankungen</u> (z.B. <u>Verletzung</u> , Schnittwunden, Schürfwunden, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) Andere Krankheiten z.B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs, Osteoporose?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) Haben Sie vor dem 1.1.1986 Wachstumshormone erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
f) Haben Sie seit dem 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11. Waren Sie in den letzten 12 Monaten ausserhalb der Schweiz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
a) Falls ja, wo und wie lange? Seit wann sind Sie zurück?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)? Wenn ja, bitte präzisieren:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12. a) Sind Sie ausserhalb der Schweiz geboren, aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? Wenn ja, seit wann leben Sie in der Schweiz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder hat dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13. a) Erkrankten Sie in den letzten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– 6 Monaten an: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Pfeifferschem Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Schigellose <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		
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 anderen schweren Infektionen? Wenn ja, an welcher? Wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
d) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit einer Person, die eine Infektionskrankheit hat oder hatte? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung <input type="checkbox"/> kosmetische Behandlungen wie permanent Make-up oder Mikroblading <input type="checkbox"/> Tätowierung <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? Wann? Wo?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15. Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
16. a) Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Haben Sie innerhalb der letzten 4 Monate Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihren Sexualpartner gewechselt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Hatten Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt (geschützt oder ungeschützt) mit mehr als zwei Personen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt unter Einfluss synthetischer Drogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt für den Sie Geld oder andere Leistungen (Drogen oder Medikamente) erhalten haben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Haben Sie jemals einen positiven Test für HIV (AIDS) oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Sind Sie jemals an Syphilis erkrankt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• 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"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Ist Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihr Sexualpartner in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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 der Partnerin, des Partners.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
17. Nur von Frauen zu beantworten: Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen RBSD SG

zu Frage :

zu Frage :

zu Frage :

zu Frage :