



Entnahmenummer

Neue Öffnungszeiten:

Blutspendezentrum Basel
Mo / Di / Mi 10.00 – 14.00 Uhr
16.00 – 19.00 Uhr
Do / Fr 07.30 – 14.00 Uhr
2. + 4. Sa im Monat 09.00 – 14.00 Uhr

Kantonsspital Baselland Liestal
Mi 17.00 – 20.00 Uhr

Neuspenderregistrierung bis
spätestens 1 Std. vor Schliessung.

Bitte beachten Sie die geänderten
Öffnungszeiten vor und an Feiertagen.

Stiftung Blutspendezentrum SRK beider Basel, Hebelstrasse 10, CH-4031 Basel
Tel: +41(0) 61 265 20 90, Fax: +41(0) 61 265 31 82, blutspende-basel@usb.ch, www.blutspende-basel.ch

Spende Blut. Rette Leben.

2017

Liebe Blutspenderin, lieber Blutspender
Ab folgendem Datum sind Sie herzlich zur Blutspende eingeladen:

Empty box for date of invitation

Bitte füllen Sie den Fragebogen auf der Rückseite frühestens 24 Stunden vor Ihrer Blutspende mit
blauem oder schwarzem Kugelschreiber aus und bringen Sie diesen Bogen mit. Bei Unklarheiten
wenden Sie sich bitte an unser Team um abzuklären, ob Sie gegenwärtig die Spenderkriterien erfüllen.

Table with 10 columns: Neu, Typ, RhD, Sysmex, Haemo, Blutdruck, Puls, Gewicht, FER, AKOE

Bemerkungen: (durch Personal auszufüllen)

Arzt-/Erstspendergespräch: [ ] Ja [ ] Nein
Spendetauglichkeit: [ ] Ja [ ] Nein
Falls «Nein», Grund:
Arzt:
Visum BSD:

Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft Datum: Visum BSD: Visum VP:

Identität kontrolliert: [ ] Ja [ ] Nein Datum: Visum BSD: Entnahmedauer:

Sie haben soeben das Informationsblatt für Blutspender/innen gelesen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten. Damit tragen Sie wesentlich dazu bei, die Restrisiken für sich und die Empfänger des Blutes klein zu halten. Bestätigen Sie im entsprechenden Kasten am Ende des Fragebogens, das Informationsblatt für Blutspender/innen zur Kenntnis genommen zu haben und Ihr Einverständnis zur heutigen Blutspende.

		Ja	Nein	Visum BSD SRK
1.	Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? _____ Wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Hatten Sie in den letzten 72 Stunden eine dental-hygienische oder zahnärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie Fieber über 38° C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a)	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie – verwendet (z. B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrösserung oder Haarausfall (z. B. Alopecia®, Finacapil®, 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 6 Monaten Medikamente gegen Prostatavergrösserung (z. B. Avodart® oder Duodart®) angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason® oder Acicutan® (Schuppenflechte) eingenommen?	<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, Hepatitis B oder Starrkrampf 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 eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen?			
a)	Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankungen (z. B. erhöhter/ zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung, Bewusstlosigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Haut (z. B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem) 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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende <input type="checkbox"/> eine Krankheit? <input type="checkbox"/> einen Unfall? <input type="checkbox"/> eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a)	Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Wurde bei Ihnen jemals eine Operation am Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Haben Sie vor dem 1.1.1986 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 1.1.1980 und 31.12.1996 für 6 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar und Falklandinseln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f)	Haben Sie seit 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz? a) Falls ja, wo? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____ b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z. B. Fieber)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Ja	Nein	Visum BSD SRK
12. a)	Sind Sie ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____ Wenn ja, seit wann leben Sie in Europa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder hat dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a)	Erkrankten Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Tuberkulose, <input type="checkbox"/> Borreliose, <input type="checkbox"/> Brucellose, <input type="checkbox"/> Osteomyelitis, <input type="checkbox"/> Typhus, <input type="checkbox"/> Q-Fieber, <input type="checkbox"/> Toxoplasmose, <input type="checkbox"/> Babesiose, <input type="checkbox"/> Chagas, <input type="checkbox"/> Malaria, <input type="checkbox"/> Leishmaniose, <input type="checkbox"/> Ebola, <input type="checkbox"/> Zika? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich oder Kontakt mit Infektionskrankheiten? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: <input type="checkbox"/> Tätowierung, <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung, <input type="checkbox"/> Akupunktur, <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung, <input type="checkbox"/> permanent Make-up, <input type="checkbox"/> Piercing, <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? Wann? _____	<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.	Ist Ihr Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht oder Zika erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? <input type="checkbox"/> Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt (geschützt oder nicht geschützt) mit wechselnden Partnern/innen in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 12 Monaten während 6 Monaten oder länger <input type="checkbox"/> Jemals sexuellen Kontakt unter Männern <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten <input type="checkbox"/> Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig <input type="checkbox"/> Positiver Test für HIV (AIDS), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partner/innen gehabt, die <input type="checkbox"/> sich einer Risikosituation wie in den Fragen 17 ausgesetzt haben, oder <input type="checkbox"/> die in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben, oder <input type="checkbox"/> die wegen einer Blutgerinnungsstörung mit aus Blut hergestellten Medikamenten behandelt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nur von Frauen zu beantworten</b>				
19.	Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Haben Sie vor 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 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 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.

- Mir ist bewusst, dass ein Teil meiner Spende zur Herstellung von Medikamenten verwendet werden kann.
- Ich stimme auch zu, dass meine Spende oder Teile davon in Ausnahmefällen in codierter oder anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden dürfen.
- Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen ausschliesslich innerhalb der Blutspende SRK Schweiz (B-CH SRK) und der Regionalen Blutspendedienste SRK (RBSD SRK) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:  
(durch Personal auszufüllen)

Visum Abschluss



# Informationsblatt für BlutspenderInnen

Bei der Blutspende punktieren wir eine Vene in der Ellenbeuge und entnehmen Ihnen innerhalb von rund 10 Minuten annähernd ½ Liter Blut. Dieser schnelle Blutverlust ist für eine gesunde Person in der Regel gut zu verkraften. Deshalb ist es wichtig, dass Sie gesund sind. Falls aus unseren Untersuchungen (Blutdruck und Hämoglobinbestimmung) oder Ihren Antworten auf dem Medizinischen Fragebogen ersichtlich ist, dass die Blutspende ein erhöhtes Risiko für Ihre Gesundheit darstellt, führen wir die Entnahme nicht durch. Auch bei Einhaltung aller Vorsichtsmassnahmen sind unerwünschte Nebenwirkungen während oder nach der Blutspende möglich:

- Vorübergehender Kreislaufkollaps,
- Lokale Komplikationen an der Einstichstelle in der Ellenbeuge (Bluterguss, Ausweitung eines Blutgefässes, Nervenverletzung).

Die meisten Nebenwirkungen sind harmlos und von kurzer Dauer. Sehr seltene, allenfalls schwerwiegende Komplikationen (z. B. längerfristige eingeschränkte Beweglichkeit des Arms) können nicht vollständig ausgeschlossen werden. Über Vorbeuge- und Verhaltensmassnahmen orientiert Sie Ihr Blutspendezentrum. Bis zur Ausübung von Tätigkeiten/Hobbies oder Berufen, in denen Sie sich und andere gefährden können, muss nach dem Spenden mindestens 12 Stunden gewartet werden.

## Massnahmen zur Vermeidung von Schäden beim Empfänger/bei der Empfängerin Ihres Blutes:

### 1. Risikosituationen

Ein Risiko ist die Übertragung einer Infektionskrankheit, die möglicherweise in Ihrem Blut vorhanden ist, ohne dass Sie krank sind oder sich krank fühlen. Auch hier versuchen wir das Risiko anhand Ihrer Antworten auf dem Medizinischen Fragebogen abzuschätzen. Aufgrund der Vorschriften von B-CH kann es sein, dass wir Sie vorübergehend oder dauernd für die Blutspende ausschliessen.

#### Folgende Situationen stellen einen definitiven Ausschlussgrund für die Blutspende dar

1. Positiver Test für HIV (AIDS), Syphilis, Hepatitis C und nicht ausgeheilte Hepatitis B
2. Sexueller Kontakt\* unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten
3. Injektion von Drogen (früher oder gegenwärtig)
4. Bluttransfusionen nach dem 01.01.1980
5. Aufenthalt im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln) zwischen 01.01.1980 und 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger

#### Folgende Situationen stellen u. a. einen vorübergehenden Rückweisungsgrund für die Blutspende dar

6. Aufenthalt in einem Malaria-gebiet in den letzten 6 Monaten ohne Erkrankung (falls Erkrankung mit Fieber, bitte dem Arzt des BSZ melden)
7. Erkrankung an Tripper (Gonorrhö) oder an anderen Geschlechtskrankheiten in den letzten 12 Monaten
8. Sexueller Kontakt\* mit einer neuen Partnerin/einem neuen Partner in den letzten 4 Monaten
9. Sexueller Kontakt\* mit wechselnden Partnern/Partnerinnen in den letzten 12 Monaten
10. Sexueller Kontakt\* unter Männern in den letzten 12 Monaten
11. Aufenthalt in den letzten 12 Monaten in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate für 6 Monate oder länger
12. Sexueller Kontakt\* in den letzten 12 Monaten mit PartnerInnen mit einem Risiko wie unter Punkt 1 bis 5 resp. 7 bis 10 erwähnt, wobei die Rückweisungsfristen nach sexuellem Kontakt mit Partnern mit Hepatitis C oder B 6 Monate betragen.

\*Geschützt oder nicht geschützt

Sie können jederzeit vor, während oder nach der Spende ohne Angaben von Gründen von Ihrer Blutspende zurücktreten und die Verwendung des gespendeten Blutes, sofern noch nicht transfundiert, untersagen.

### 2. Laboruntersuchungen

Das Blut jeder Spende wird auf das Vorhandensein des HI-Virus (AIDS), der Hepatitis B- und C-Viren (Gelbsucht), des Syphilis-Erregers sowie bei Bedarf auf Parvo B19 und HAV Virus untersucht. Wenn Untersuchungsergebnisse auf eine Krankheit hinweisen, werden Sie unverzüglich informiert und Ihr Blut wird nicht verwendet. Ein Problem ist die Tatsache, dass in der ersten Zeit nach einer Ansteckung die Labortests noch unauffällig sein können. Wenn Sie in diesem Zeitfenster Blut spenden, wäre es möglich, dass eine Infektionskrankheit von Ihnen auf den/die EmpfängerIn Ihres Blutes übertragen wird, ohne dass der Blutspendedienst dies erkennen und verhindern kann. Deshalb ist es von grösster Bedeutung, dass Sie den Fragebogen wahrheitsgetreu beantworten. Bei jedem Spender und jeder Spenderin werden die ABO-Blutgruppe, der Rhesus D-Blutgruppe und bei Bedarf weitere transfusionsrelevante Merkmale (auch unter Verwendung genetischer Methoden) bestimmt.

### 3. Bitte informieren Sie möglichst rasch Ihr Blutspendezentrum, falls:

- Sie oder eine Ihrer engen Kontaktpersonen in den nächsten Tagen erkranken,
- Ihnen nachträglich bewusst wird, dass Sie eine Frage nicht richtig beantwortet haben,
- Komplikationen in der Folge Ihrer Blutspende auftreten.

Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen ausschliesslich innerhalb der Blutspende SRK Schweiz und der Regionalen Blutspendedienste zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.