



## Medizinischer Fragebogen CT/VT und Medical CheckUp

GRID / RELATED-ID: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, 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 Empfängerin oder den Empfänger der Blutstammzellen klein zu halten.

	Ja	Nein	Visa
1. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Haben Sie jemals Blutstammzellen gespendet? Falls ja, wann? _____ Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie Fieber über 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente - auch rezeptfreie - verwendet (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Medikamente gegen Prostatavergrösserung (z.B. Avodart® oder Duodart®) angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie in den letzten 12 Monaten Neotigason® oder Acicutan® (Schuppenflechte) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Haben Sie in den letzten 2 Jahren Erivedge® oder ein Generikum (gegen Basaliome) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut, Hepatitis B oder Tetanus geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? a) Herz/Kreislauf- oder Lungenprobleme (z.B. erhöhter/zunehmender Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung, Lungenembolie, Bewusstlosigkeit)? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Andere Krankheiten (z.B. Zucker, Blut, Bluthochdruck, Gefässe, Nieren, Schilddrüse, Nerven, Epilepsie, Krebs)? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> eine Krankheit? <input type="checkbox"/> einen Unfall? <input type="checkbox"/> eine Operation? Was? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen? Was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt? Welche? _____	<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 Verwandten ersten Grades die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Bluttransfusion erhalten (Erythrozyten, Thrombozyten, Plasma)? Falls ja, wann? _____ Warum? _____ In welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz? Wo? _____ Von wann bis wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem Malaria-Risikogebiet? Wo? _____ Rückkehr: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. a) Sind Sie ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? In welchem Land? _____ Seit wann sind Sie (wieder) in Europa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder hat dort mehr als 6 Monate gelebt? In welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Erkrankten Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Tuberkulose, <input type="checkbox"/> Borreliose, <input type="checkbox"/> Osteomyelitis, <input type="checkbox"/> Toxoplasmose, <input type="checkbox"/> Malaria, <input type="checkbox"/> Zika? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ  
TRANSFUSION CRS SUISSE  
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

**SWISS BLOOD STEM CELLS**

Blutspende SRK Schweiz AG  
Tel. +41 (0)31 380 81 81  
tx-coordination@blutspende.ch  
www.blutspende.ch

**PREVIEW ONLY**



**SWISS BLOOD STEM CELLS**

GRID / RELATED-ID:			
	Ja	Nein	Visa
b) Erkranken Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Babesiose, <input type="checkbox"/> Brucellose, <input type="checkbox"/> Chagas, <input type="checkbox"/> Ebola, <input type="checkbox"/> hämorrhagischem viralem Fieber, <input type="checkbox"/> Q-Fieber, <input type="checkbox"/> Leishmaniose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit Infektionskrankheiten? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenbiss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 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"/> Mikroladung, <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Haben Sie jemals eine Gelbsucht durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt? Welche? Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Andere Gelbsucht: _____ Wann? <input type="checkbox"/> Bei Geburt <input type="checkbox"/> Anderes Datum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Ist Ihr Lebens-, Sexual oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten während mindestens 6 Monaten in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate aufgehalten <b>und</b> haben Sie sich dort einem potentiellen HIV-Risiko ausgesetzt? (z.B. sexuelle Kontakte, medizinische Intervention, Tattoo, Piercing)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu? <input type="checkbox"/> neue/r Sexualpartner/in in den letzten 4 Monaten Wie viele? _____ <input type="checkbox"/> sexueller Kontakt bezahlt oder gegen Bezahlung in den letzten 12 Monaten Mehr als einmal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Injektion von Drogen in den letzten 10 Jahren <input type="checkbox"/> Positiver Test für HIV (AIDS), für Syphilis oder für Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Vergangener oder aktueller sexueller Kontakt mit Gleichgeschlechtlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnern oder Partnerinnen gehabt, die <input type="checkbox"/> sich einer Risikosituation wie in den Fragen 16 ausgesetzt haben? <input type="checkbox"/> in den letzten 12 Monaten in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben oder dort eine andere HIV Exposition hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nur von Frauen zu beantworten</b>			
20. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geboren, stillen Sie aktuell oder sind Sie aktuell schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie (inkl. Aborte)?			

**Bestätigung durch die Spendin / den Spender auszufüllen und zu unterschreiben:**

Die erhobenen persönlichen Daten unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Blutspende SRK Schweiz AG unterliegt dem Schweizerischen Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG).

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des Fragebogens.**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Für den internen Gebrauch:**

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

Vollständigkeit des Fragebogens und der Unterschrift überprüft Datum: \_\_\_\_\_ Visum: \_\_\_\_\_  
 Spendetauglichkeit Ja   
 Nein  Grund: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Visum: \_\_\_\_\_