BLUTSPENDE SRK
ZÜRICH

www.blutspendezurich.ch

EDV-Eingabe:	ja ☐
Kontrolle Datum:	Visum:

Bitte verwenden Sie ausschliesslich den aktuell gültigen Fragebogen (www.blutspendezurich.ch → Spender, Formulare) und füllen Sie diesen in Blockschrift aus!

Aktuelle Änderungen von Spende-Zulassungskriterien: www.blutspendezurich.ch (Ich will spenden/Änderungen/Neues)

Neuspenderin/Neuspender

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: ☐ ☐ ☐

Geschlecht: ☐ M ☐ F

Beruf: _____

Privatadresse: _____

Postleitzahl: ☐☐☐☐ Ort: _____

Telefon P: _____ Mobil: _____

Telefon G: _____

E-Mail: _____

Körpergewicht: _____ kg

Grösse: _____ cm

Entnahmenummer:

Wir danken Ihnen im Namen der Patientinnen und Patienten für Ihr Interesse am Blutspenden und heissen Sie beim Zürcher Blutspendedienst SRK herzlich willkommen.

Bitte lesen Sie zuerst das beigefügte Informationsblatt und füllen Sie erst am Tag der Blutspende den Fragebogen (Folgeseiten) mit blauem oder schwarzem dokumentenechten Kugelschreiber aus. Bei Unklarheiten rufen Sie uns bitte an.

Vom Entnahmepersonal auszufüllen: Personenidentifikation: i.O. ☐ nein ☐ Visum: ☐

Blutdruck	Puls	Visum	Extra	ACD	Ausw.	Arzt	RW
max. 180/100 min. 100/50	max. 100 min. 50					Grund	

HB	Visum	Gewicht	Grösse	KK	ME
F 125–165 M 135–185					☐ mRö ☐ oRö

Phlebotomist/-in	Beginn	Ende	Entn.-Dauer/Visum	Entn.-Menge	Lot-Nummer

Bemerkungen:

Visum:

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.02.2023 , ZHBSD Version 19

Medizinischer Fragebogen

Bitte jede Frage mit ✗ beantworten

	Ja	Nein	Visum ZHBSD
1. Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? _____ Wo? _____	☐	☐	
2. Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	☐	☐	
3. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	☐	☐	
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung, z.B. Erhalt einer Zahnfüllung?	☐	☐	
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?	☐	☐	
6. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie – verwendet (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Wenn ja, welche? _____	☐	☐	
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?	☐	☐	
c) Haben Sie in den letzten 4 Monaten Antiretrovirale Therapien/PEP/PrEP (z.B. Truvada®, Isentress®, Prezista® oder Norvir®) eingenommen?	☐	☐	
d) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® oder Duodart® gegen Prostatavergrösserung eingenommen?	☐	☐	
e) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® gegen Schuppenflechte oder Erivedge® aufgrund eines Basalzellkarzinoms eingenommen?	☐	☐	
f) Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus Blut hergestellte Medikamente erhalten?	☐	☐	
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 od. Krankheitszeichen? a) Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankung (z.B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung oder Bewusstlosigkeit)?	☐	☐	
b) Hauterkrankungen (z.B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	☐	☐	
c) Andere Krankheiten, z.B. Zucker, Blut, Thrombose oder Blutungsneigung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs, Osteoporose, Suchtkrankheit (Alkohol, Drogen oder Medikamente)?	☐	☐	
9. Hatten Sie in den letzten 3 Jahren oder seit Ihrer letzten Blutspende eine(n) ☐ Spitalaufenthalt ☐ Operation ☐ Unfall	☐	☐	
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten?	☐	☐	
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation am Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?	☐	☐	
c) Haben Sie vor 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. Waren Sie in den letzten 12 Monaten ausserhalb der Schweiz? a) 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, aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____ Wenn ja, seit wann leben Sie in der Schweiz? _____	☐	☐	
b) Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren, aufgewachsen oder hat dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____	☐	☐	
13. a) Erkrankten Sie in den letzten **6 Monaten** an: ☐ Toxoplasmose ☐ Pfeiffer'schem Drüsenfieber ☐ Amöbiasis ☐ Schigellose ☐ FSME **12 Monaten** an: ☐ Bilharziose ☐ Gonorrhö **2 Jahren** an: ☐ Osteomyelitis ☐ Rheumatischem Fieber ☐ Tuberkulose ☐ Rückfallfieber ☐ Guillain-Barré-Syndrom	☐	☐	
b) Erkrankten Sie jemals an einer der folgenden Infektionskrankheiten: ☐ Malaria ☐ Chagas ☐ Brucellose ☐ Echinokokkose ☐ Leishmaniose ☐ Lymphogranuloma venereum ☐ Filariose ☐ Q-Fieber ☐ Babesiose ☐ 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: ☐ eine Magen-/Darmspiegelung ☐ eine Akupunkturbehandlung ☐ eine elektrische Haarentfernung (Nadelepilation) ☐ eine Tätowierung ☐ kosmetische Behandlungen wie Permanent-Make-up oder Mikroblading ☐ ein Piercing ☐ Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? Wenn ja: Wann? _____ Wo? _____	☐	☐	

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.02.2023 , ZHBSD Version 19

Medizinischer Fragebogen

Bitte jede Frage mit ✗ beantworten

Entnahmenummer:

	Ja	Nein	Visum ZHBSD
15. Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	☐	☐	
16. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu? Wenn ja, welche?	☐	☐	
• Haben Sie innerhalb der letzten 4 Monate 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?	☐	☐	
• Hatten Sie jemals einen positiven Test für HIV (AIDS), Syphilis oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C)?	☐	☐	
• Ist Ihre Lebens-, Sexual- oder Wohnpartnerin bzw. -partner 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?	☐	☐	

	Ja	Nein	Visum ZHBSD
17. a) Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in den Fragen 16 ausgesetzt haben?	☐	☐	
b) Haben Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich für mehr als 6 Monate in HIV-HCV-HBV-Risikoländern aufgehalten haben oder dort Bluttransfusionen erhalten haben? Datum der Rückkehr des Partners, der Partnerin:_____	☐	☐	
Nur von Männern zu beantworten: **18.** a) Sexueller Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten?	☐	☐	
Nur von Frauen zu beantworten: **18.** b) • Waren Sie jemals schwanger? • Falls ja, wann zuletzt? _____	☐	☐	
• Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit erhalten?	☐	☐	

Einverständniserklärung und Bestätigung, durch die Spenderin / den Spender auszufüllen und zu unterschreiben

- Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.
- Mir ist bekannt, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, während und nach der Spende und ohne Angabe von Gründen von der Blutspende zurückzutreten und die Verwendung des gespendeten Blutes zu untersagen.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender (Version 19) 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.
- Ich bin damit einverstanden, dass Teile meiner Blutspende für Lehrzwecke und für die Verbesserung der medizinischen Diagnostik, z.B. für die Herstellung, Entwicklung und Qualitätskontrolle von Tests, Geräten und Laborverfahren, verwendet werden dürfen. Der Datenschutz und das Kommerzialisierungsverbot werden jederzeit eingehalten.
- Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Personenbezogene Daten gelangen ausschliesslich innerhalb der Blutspende SRK Schweiz (B-CH SRK) und den Regionalen Blutspendediensten SRK (RBSD SRK) zur Anwendung.
- Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Name: (bitte in Blockschrift ausfüllen) _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen Anamnese:

zu Frage: _____

zu Frage: _____

zu Frage: _____

zu Frage: _____

zu Frage: _____

	Spendetauglich	Rückweisung	Ausschluss	Datum	Visum
Fragebogen kontrolliert	☐	☐	☐		
HB, Puls, BD kontrolliert	☐	☐	☐		

Schlusskontrolle: _____

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.02.2023 , ZHBSD Version 19

Vielen Dank für Ihre Spende.

BLUTSPENDE SRK
ZÜRICH

www.blutspendezurich.ch

Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender (Version 19)

Blut und Bluttransfusionen

Blut und seine Bestandteile erfüllen viele lebenswichtige Funktionen im menschlichen Körper. Bei Kranken und Verunfallten kann eine Bluttransfusion notwendig sein, um deren Leben zu retten oder die Heilung zu ermöglichen. Die Transfusion von Blutprodukten ist nur möglich, solange sich genügend gesunde, freiwillige Blutspenderinnen und Blutspender finden.

Weiterführende Informationen zur Funktion des Blutes, zu den verschiedenen Arten von Blutprodukten und zu deren Nutzen für die Patienten finden Sie auf der Website https://www.blutspende.ch/spenderinfos. Sie haben zudem jederzeit die Möglichkeit, bei der Blutspende weitere Fragen zu stellen.

Die Blutspende

Bei der Blutspende punktieren wir eine Vene in der Ellenbeuge und entnehmen Ihnen innerhalb von 10–12 Minuten annähernd einen 1/2 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), aus Ihren Antworten auf dem Medizinischen Fragebogen oder aus dem medizinischen Gespräch hervorgeht, dass die Blutspende ein erhöhtes Risiko für Ihre Gesundheit darstellt, führen wir die Entnahme nicht durch. Trotz aller Vorsichtsmassnahmen sind unerwünschte Nebenwirkungen während oder nach der Blutspende möglich:

- Vorübergehender Kreislaufkollaps (daher wird nach der Spende eine 10-minütige Ruhezeit und anschliessende Verpflegung angestrebt).
- 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, Sturzverletzungen) können nicht vollständig ausgeschlossen werden. Über Vorbeuge- und Verhaltensmassnahmen orientieren Sie unsere Mitarbeitenden.

Massnahmen zur Vermeidung von Schäden bei Empfängerinnen und Empfängern 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 Richtlinien von Blutspende SRK Schweiz kann es sein, dass wir Sie vorübergehend oder dauernd von der Blutspende ausschliessen müssen.

Folgende Situationen stellen einen definitiven Ausschlussgrund für die Blutspende dar:

1. Positiver Test für HIV (AIDS), Syphilis, Hepatitis C oder Hepatitis B
2. Injektion von Drogen (früher oder aktuell)
3. Bluttransfusionen nach dem 1.1.1980
4. Aufenthalt im Vereinigten Königreich (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln) zwischen 1.1.1980 und 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger

Folgende Situationen können einen Rückweisungsgrund für die Blutspende darstellen:

5. Sexuelle Kontakte* unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten
6. Erkrankung an einer Geschlechtskrankheit in den letzten 12 Monaten
7. Sexueller Kontakt* mit einer neuen Partnerin bzw. einem neuen Partner in den letzten 4 Monaten
8. Sexueller Kontakt* mit mehr als 2 Personen in den letzten 4 Monaten
9. Sexueller Kontakt* unter Männern in den letzten 12 Monaten oder mit deren weiblichen Partnern
10. Auslandsaufenthalt in den letzten 6 Monaten (genauere Angaben sind auf www.blutspende.ch unter dem Begriff Travelcheck zu finden)
11. Medizinische oder kosmetische Eingriffe/Behandlungen sowie Erhalt von Bluttransfusionen (stabile Blutprodukte)
12. Sexueller Kontakt* in den letzten 4 bis 12 Monaten mit Partnerinnen bzw. Partnern mit einem Risiko wie unter 1 bis 2 und 5 bis 10 erwähnt

* geschützt oder nicht geschützt

Sie können jederzeit vor, während oder nach der Spende ohne Angabe 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 A-, B-, C- und E-Viren (Gelbsucht), des Syphilis-Erregers sowie auf Parvo B19 untersucht. Informationen zu den genannten Krankheiten und deren Übertragungswege finden Sie auf der BAG-Webseite.

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.02.2023, ZHBSD Version 19

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 die Empfängerin oder den Empfänger Ihre Blutes übertragen wird, ohne dass der Blutspendedienst dies erkennen und verhindern kann. Deshalb ist das wahrheitsgetreue Beantworten des Fragebogens von grösster Bedeutung.
Bei jeder Spenderin/jedem Spender werden die AB0-, 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. Im Schadenfall besteht eine Haftpflichtversicherung.

Eine rechtzeitige Information kann verhindern, dass eine bisher unerkannte Infektionskrankheit durch die Transfusion Ihres Blutes einer Patientin oder einem Patienten übertragen wird.
Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Persönliche Daten gelangen ausschliesslich innerhalb des Blutspendedienstes SRK und der Regionalen Blutspendedienste zur Anwendung. Die regionalen Blutspendedienste sind verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden namentlich zu melden.

4. Allgemeine Informationen

Bitte trinken Sie genügend vor der Blutspende (keinen Alkohol) und kommen Sie nicht mit leerem Magen. Nach der Spende sollten Sie sich Zeit für eine kleine Verpflegung nehmen, die wir Ihnen gerne anbieten. Bringen Sie zur ersten Blutspende einen **persönlichen Ausweis mit Foto** mit und planen Sie für die Blutspende genügend Zeit ein. Um einen reibungslosen Ablauf der Blutspende zu gewährleisten, werden nachfolgend zusätzliche Situationen aufgeführt, bei denen Spender aus medizinischen Gründen **vorübergehend** oder **definitiv** nicht Blut spenden dürfen.

Sie dürfen vorübergehend nicht spenden:

– Solange Fieberbläschen bestehen
– Bei grösseren Schürfwunden
– Nach dentalhygienischen oder zahnärztlichen Eingriffen (24 Stunden bis 14 Tage)
– Nach Erkrankung mit Fieber über 38 °C oder bei aktueller Erkältung (7 Tage nach Abklingen)
– Nach Einnahme/Anwendung bestimmter Medikamente: Antibiotika, Tabletten gegen Pilzinfektionen (2 Wochen)
– Bei Neueinstellung, Umstellung oder Absetzen von Blutdruckmedikamenten
– Nach Erkrankungen mit Fieber und wiederholtem Durchfall
– Nach Impfungen (je nach Art der Impfung: 48 Stunden bis 4 Wochen)
– Nach Aufenthalt in Risikogebieten für Chikungunya, Dengue-Fieber, West-Nil (4 Wochen) oder anderen übertragbaren Krankheiten (siehe: blutspendezurich.ch, Spender, Formulare); betrifft die meisten Länder ausserhalb Europas (z.B. auch die USA)
– Vor einer geplanten Operation oder nach einer Operation (1 bis 12 Monate)
– Nach einem Zeckenbiss 1 Monat und bei Borreliose Rückweisung für 2 Wochen nach erfolgreicher Behandlung und vollständiger Genesung
– Nach einer Magen- oder Dickdarmspiegelung (4 Monate)
– Bei Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten zur Behandlung einer akuten Ulkuskrankheit des Magen-Darm-Traktes (3 Monate nach Absetzen des Medikamentes)
– Während der Schwangerschaft sowie für 12 Monate nach der Entbindung
– Nach Bissverletzung (14 Tage bis 12 Monate)
– Bei Epilepsie (bis 3 Jahre nach Absetzen aller Medikamente und Anfallsfreiheit)
– Nach Stechen eines Tattoos, Piercings oder Permanent-Make-ups (4 Monate)
– Nach einer Krebserkrankung während 1 bis 5 Jahren, abhängig vom Krankheitsverlauf und nach Beurteilung durch den Arzt des Blutspendedienstes
– Nach positiver Testung auf SARS-CoV-2 (COVID-19), nähere Angaben dazu unter www.zhbsd.ch

Weitere definitive Ausschlussgründe:

– Nach Transplantation von menschlichem oder tierischem Gewebe (ausgenommen Zahnimplantate)
– Bei Angina pectoris, bei Herzschrittmacher, nach Herzinfarkt, bei Endokarditisprophylaxe
– Nach Bypass-Operationen oder Stent-Einlage
– Bei schweren chronischen Lungenerkrankungen
– Krebserkrankungen hämatologisch (Blutkrebs) oder Viren-assoziiert
– Bei allen Operationen am Gehirn und Rückenmark
– Bei Insulin-pflichtigem Diabetes
– Chronische Borreliose

Buschauffeure, Lokomotivführer, Taxichauffeure und Personen mit ähnlicher Verantwortung für das Leben anderer dürfen ihren Beruf frühestens 12 Stunden nach der Spende wieder ausüben, Piloten nach 48 Stunden. Spenderinnen und Spender mit Hobbys wie Tauchen oder Fallschirmspringen sollten erst 48 Stunden nach der Spende ihr Hobby wieder ausüben. Verkehrstauglichkeit ist i. d. R. 30 Min. nach der Spende gegeben. Starke körperliche Anstrengungen sollten nach der Spende bis zum nächsten Tag vermieden werden.

Die Blutspende SRK Schweiz ist sich bewusst, dass sie mit diesen Fragen weit in Ihren persönlichen Bereich vorstösst. Im Interesse des Blutempfängers und Ihrer Gesundheit sind wir auf gewissenhafte Angaben Ihrerseits angewiesen.
Diese Informationen sind nicht abschliessend. Bei Unklarheiten oder Fragen beraten wir Sie gerne unter der Tel.-Nr. 058 272 52 14.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.02.2023 , ZHBSD Version 19