

| | |
|------------------|-----------------------------|
| EDV-Eingabe: | ja <input type="checkbox"/> |
| Kontrolle Datum: | Visum: |

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

Aktuelle Änderungen von Spende-Zulassungskriterien: www.blutspendezurich.ch (Sie wollen Blut Spenden/Voraussetzungen/Änderungen/Neues)

Entnahmenummer:

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

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tag | Monat | Jahr |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Zur sicheren Identifizierung bitten wir Sie, Ihr Geburtsdatum einzutragen:

Nur bei Änderung Ihrer Personalien ausfüllen:

| | | |
|-------------------------|----------------|-------------|
| Name: | Vorname: | |
| Strasse und Hausnummer: | | |
| PLZ und Wohnort: | E-Mail: | |
| Tel. Privat: | Tel. Geschäft: | Tel. Mobil: |

Vom Entnahmepersonal auszufüllen: Personaldaten überprüft und mit CTS verifiziert. Visum:

| | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Blutdruck | Temperatur | Visum | Extra | ACD | Ausw. | Arzt | RW |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| max. 180/100 min. 100/50 | max. 38° | Visum | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Grund | <input type="text"/> |
| Puls | HB | Visum | Gewicht | Grösse | KK | ME | <input type="checkbox"/> mRö <input type="checkbox"/> oRö |
| max. 100 min. 50 | F 125-165 M 135-185 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Phlebotomist/-in | Beginn | Ende | Entn.-Dauer/Visum | Entn.-Menge | Lot-Nummer |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Bemerkungen:

Visum: _____

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.01.2015, ZHBSD Version 10



Medizinischer Fragebogen

Bitte jede Frage mit X beantworten

| | Ja | Nein | Visum ZHBSD |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------|
| 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 zurzeit gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Hatten Sie in den letzten 72 Std. eine dentalhygienische 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)? Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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"/> | <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 12 Monaten 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? Wann? _____ | <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 Lungenerkrankung (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 Allergie (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) andere Krankheiten (z. B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs), Suchtkrankheit (Alkohol, Drogen oder Medikamente)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Ja | Nein | Visum ZHBSD |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------|
| 9. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende eine(n) <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Unfall | <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 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 dem 1. 1. 1980 und dem 31. 12. 1996 für insgesamt 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 dem 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"/> | |
| 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"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Mose <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Leishmaniose Wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Zeckenbiss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit Infektionskrankheiten? Falls ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Medizinischer Fragebogen

Bitte jede Frage mit X beantworten

Entnahmenummer:

| | Ja | Nein | Visum ZHBSD |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------|
| 14. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: <input type="checkbox"/> eine Tätowierung <input type="checkbox"/> eine Magen-/Darmspiegelung <input type="checkbox"/> eine Akupunkturbehandlung <input type="checkbox"/> eine elektrische Haarentfernung (Nadelepilation) <input type="checkbox"/> ein Permanent-Make-up <input type="checkbox"/> ein Piercing <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? Wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. a) Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Ist Ihr Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. a) Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? <input type="checkbox"/> Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten oder sexuelle Kontakte (geschützte oder nicht geschützte) mit wechselnden Partner/-innen in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 5 Jahren während insgesamt mindestens 6 Monaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Ja | Nein | Visum ZHBSD |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------|
| 16. b) Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? <input type="checkbox"/> Sexuelle Kontakte unter Männern seit 1977 <input type="checkbox"/> Sexuelle Kontakte unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten seit 1977 <input type="checkbox"/> Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig <input type="checkbox"/> Positiver Test für AIDS-Viren (HIV), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partner/-innen gehabt, die <input type="checkbox"/> sich einer Risikosituation wie in den Fragen 16 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"/> | |
| Nur von Frauen zu beantworten: | | | |
| 18. a) Waren Sie jemals schwanger? b) Falls ja, wann zuletzt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Haben Sie vor dem 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.
- 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 (Version 10) 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 sowie gesundheitsbezogene Daten in Ausnahmefällen zu Forschungszwecken anonymisiert und an Dritte weitergegeben werden dürfen. Durch die Anonymisierung entfällt die Möglichkeit, dass ich über meine Gesundheit betreffende Ergebnisse informiert werden kann. Mir ist bekannt, dass ich der Anonymisierung zwecks Weiterverwendung zu Forschungszwecken jederzeit widersprechen kann.
- Die im Rahmen der Blutspende erhobenen personenbezogenen 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.

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

Datum: Unterschrift:

| Bemerkungen Anamnese: | |
|-----------------------|-----------|
| zu Frage: | zu Frage: |
| zu Frage: | zu Frage: |

| | Spendetauglich | Rückweisung | Ausschluss | Datum | Visum |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-------|
| Fragebogen kontrolliert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| HB, Puls, BD kontrolliert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Schlusskontrolle:

Vielen Dank für Ihre Spende.

Informationsblatt für BlutspenderInnen (Version 10)

Risiken für Sie als Blut spendende Person

Bei der Blutspende punktieren wir eine Vene in der Ellenbeuge und entnehmen Ihnen innerhalb von rund 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) 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, Sturzverletzungen) können nicht vollständig ausgeschlossen werden. Über Vorbeuge- und Verhaltensmassnahmen orientiert Sie Ihr Blutspendezentrum.

Massnahmen zur Vermeidung von Schäden beim Empfänger 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 B-CH kann es sein, dass wir Sie vorübergehend oder dauernd von der Blutspende ausschliessen.

Folgende Situationen stellen einen definitiven Ausschlussgrund für die Blutspende dar

1. Positiver Test für AIDS-Viren (HIV), Syphilis, Hepatitis C und nicht ausgeheilte Hepatitis B,
2. Sexuelle Kontakte* unter Männern seit 1977,
3. Sexuelle Kontakte unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten seit 1977,
4. Injektion von Drogen (früher oder gegenwärtig),
5. Blutgerinnungsstörungen, welche die Behandlung mit aus Blut hergestellten Medikamenten erforderlich machen.

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

6. Aufenthalt in einem Malariagebiet in den letzten 6 Monaten ohne Erkrankung (falls Erkrankung mit Fieber, bitte der Spenderärztin/dem Spenderarzt melden, da die Rückweisungsfrist dann mehr als 6 Monate beträgt),
7. Erkrankung an Tripper (Gonorrhö) oder anderen Geschlechtskrankheiten in den letzten 12 Monaten, oder Haftaufenthalt in den letzten 6 Monaten länger als 72 Stunden oder Sexualkontakte* mit diesen Personen,
8. Sexuelle Kontakte* mit einer neuen Partnerin/einem neuen Partner in den letzten 4 Monaten,
9. Sexuelle Kontakte* mit wechselnden PartnerInnen in den letzten 12 Monaten,
10. Aufenthalt in den letzten 5 Jahren während insgesamt mindestens 6 Monaten in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate,
11. Sexuelle Kontakte* 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,
12. Sexuelle Kontakte* in den letzten 12 Monaten mit PartnerInnen, die in den letzten 5 Jahren in Ländern mit erhöhter Aidsrate Blut resp. Blutprodukte erhalten haben.

* geschützte oder nicht geschützte

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 Empfänger Ihres 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 ABO-, 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.
- Es Ihnen nachträglich bewusst wird, dass Sie eine Frage nicht richtig beantwortet haben.
- Komplikationen in der Folge Ihrer Blutspende auftreten. Im Schadenfall besteht eine Haftpflichtversicherung. Die im Rahmen der Blutspende erhobenen personenbezogenen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Personenbezogene Daten gelangen ausschliesslich innerhalb des Blutspendedienstes SRK und der Regionalen Blutspendedienste zur Anwendung.

Bitte trinken Sie genug 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 (72 Stunden)
- Bei aktueller Erkältung (7 Tage nach Abklingen)
- Nach Erkrankung mit Fieber über 38°C
- Nach Einnahme 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 auf dem nordamerikanischen Kontinent inkl. Mexiko + Hawaii und/oder in Endemiegebieten für West-Nile Virus (4 Wochen)
- Nach Aufenthalt in Risikogebieten für Chikungunya, Dengue-Fieber (4 Wochen) oder anderen übertragbaren Krankheiten (siehe: www.blutspendezurich.ch, Formulare und Dokumente)
- Vor einer geplanten Operation
- Nach Operationen (1 bis 12 Monate)
- Nach Zeckenbiss (3 Monate und bei Verdacht auf Borreliose 6 Monate)
- Nach einer Magen- oder Dickdarmspiegelung (4 Monate)
- Bei Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten zur Behandlung einer akuten Ulkuserkrankung des Magendarm-Traktes (3 Monate nach Absetzen des Medikamentes)
- Nach Aufenthalt in einem – auch fraglichen – Malariagebiet (6 Monate)
- Während der Schwangerschaft sowie für 12 Monate nach der Entbindung
- Nach Bissverletzung (14 Tage bis 12 Monate)
- Nach infektiöser Gelbsucht (mindestens 2 Jahre)
- Bei Epilepsie (bis 3 Jahre nach Absetzen aller Medikamente und Anfallsfreiheit)
- Nach Stechen eines Tattoos, Piercings oder Permanent-Make-ups (4 Monate)

Sie dürfen **definitiv** nicht mehr spenden:

- Nach Transplantation von menschlichem oder tierischem Gewebe (ausgenommen Zahnimplantate)
- Bei seit 1980 erhaltenen Fremdbluttransfusionen
- Bei Angina pectoris, bei Herzschrittmacher, nach Herzinfarkt, nach Bypass-Operationen oder Stent-Einlage, bei Endokarditisprophylaxe
- Bei schweren chronischen Lungenerkrankungen
- Bei Krebs (auch wenn operiert). Es darf jedoch gespendet werden bei Basaliom nach vollständiger Abheilung oder nach vollständiger Entfernung eines frühen Gebärmutterhalskrebses (Cervix Carzinom, Stadium I)
- Bei allen Operationen am Gehirn und Rückenmark
- Bei Aufenthalt zwischen dem 1.1.1980 und dem 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar und Falklandinseln)
- Bei Insulin-pflichtigem Diabetes

Buschauffeure, Lokomotivführer, Taxichauffeure und Personen mit ähnlicher Verantwortung für das Leben anderer sollten 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.

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. 0840 200 300.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!