



EDV-Eingabe:	ja <input type="checkbox"/>
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](http://www.blutspendezurich.ch) (Ich will spenden/Änderungen/Neues)

Entnahmenummer:

**Bitte lesen Sie zuerst das beigegefügte 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.**

Zur sicheren Identifizierung bitten wir Sie, Ihr Geburtsdatum einzutragen:

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

**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	Puls	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"/>
max. 180/100 min. 100/50	max. 100 min. 50	Visum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Grund	<input type="text"/>
HB	Visum	Gewicht	Grösse	KK	ME	<input type="checkbox"/> mRö <input type="checkbox"/> oRö
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
F 125-165 M 135-185						

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

**Bemerkungen:**

Visum: \_\_\_\_\_

Quelle: V B-CH SRK/Medizinischer Fragebogen ab 01.02.2020, ZHBSD Version 16



# 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. 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®) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® (Schuppenflechte) oder Erivedge® (Basalzellkarzinom) 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, Starrkrampf oder anderes geimpft? 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, Thrombose oder Blutungsneigung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs), Suchtkrankheit (Alkohol, Drogen oder Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Hatten Sie in den letzten 3 Jahren 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 oder haben Sie eine Organtransplantation erhalten?	<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"/>	

	Ja	Nein	Visum ZHBSD
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 in den letzten <b>6 Monaten</b> an: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Pfeiffer'schem Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Schigellose <input type="checkbox"/> FSME <b>12 Monaten</b> an: <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Gonorrhö <b>2 Jahren</b> 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"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Erkrankten Sie <b>jemals</b> an: <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"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Hatten Sie <b>jemals</b> eine andere schwere Infektionskrankheit? Wenn ja: Welche? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) 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"/> eine Magen-/Darmspiegelung <input type="checkbox"/> eine Akupunkturbehandlung <input type="checkbox"/> eine elektrische Haarentfernung (Nadelepilation) <input type="checkbox"/> eine Tätowierung <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"/>	

# Medizinischer Fragebogen

Bitte jede Frage mit X beantworten

	Ja	Nein	Visum ZHBSD
15.a) Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ist Ihr/Ihre Sexualpartner/in in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Wechsel oder neue Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten <input type="checkbox"/> Sexueller Kontakt (geschützt oder nicht geschützt) mit wechselnden Partner/innen in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Ländern mit erhöhter HIV-Rate in den letzten 12 Monaten für 6 Monate oder länger <input type="checkbox"/> Sexuelle Kontakte unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten <input type="checkbox"/> Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig <input type="checkbox"/> Positiver Test für HIV (AIDS), Syphilis oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) <input type="checkbox"/> Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner/in ist in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Entnahmenummer:

	Ja	Nein	Visum ZHBSD
17. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partner/innen gehabt, die • sich einer Risikosituation wie in den Fragen 16 ausgesetzt haben • die in HIV-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nur Männer:</b> 18. a) • Jemals sexueller Kontakt unter Männern • Sexueller Kontakt unter Männern in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nur Frauen:</b> 18. b) • Waren Sie jemals schwanger? • Falls ja, wann zuletzt? _____ • Haben Sie vor dem 1. 1. 1986 Hormonspritzen zur Behandlung 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 Blutspender/innen (Version 16) 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 Weiterverwendung zu Forschungszwecken jederzeit widersprechen kann.
- 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 verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen den Behörden namentlich zu melden.

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

Datum:  Unterschrift:

**Bemerkungen Anamnese:**

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 16)

## 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 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/de/blutspende/spenderinformationen>. 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 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 Richtlinien von Blutspende SRK Schweiz kann es sein, dass wir Sie vorübergehend oder dauernd von der Blutspende ausschliessen.

Folgende Situationen stellen einen definitiven Ausschlussgrund für die Blutspende dar:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Positiver Test für HIV (AIDS), Syphilis, Hepatitis C oder Hepatitis B</li> <li>2. Sexuelle Kontakte* unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten</li> <li>3. Injektion von Drogen (früher oder gegenwärtig)</li> <li>4. Bluttransfusionen nach dem 1.1.1980</li> <li>5. Aufenthalt im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln) zwischen 1.1.1980 und 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger</li> </ol>

Folgende Situationen können einen Rückweisungsgrund für die Blutspende darstellen:
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Aufenthalt in einem Malariagebiet in den letzten 6 Monaten ohne Erkrankung (falls Erkrankung mit Fieber, bitte der Ärztin/dem Arzt des Blutspendedienstes melden)</li> <li>7. Erkrankung an einer Geschlechtskrankheit in den letzten 12 Monaten</li> <li>8. Sexueller Kontakt* mit einer neuen Partnerin/einem neuen Partner in den letzten 4 Monaten</li> <li>9. Sexueller Kontakt* mit wechselnden PartnerInnen in den letzten 12 Monaten</li> <li>10. Sexueller Kontakt* unter Männern in den letzten 12 Monaten</li> <li>11. Aufenthalt in den letzten 12 Monaten in Ländern mit erhöhter HIV-Rate für 6 Monate oder länger</li> <li>12. Sexueller Kontakt* in den letzten 12 Monaten mit PartnerInnen mit einem Risiko wie unter Punkt 1 bis 4 resp. 7 bis 11 erwähnt, wobei die Rückweisungsfristen nach sexuellem Kontakt mit Partnern mit Hepatitis C oder B 6 Monate betragen</li> </ol>

\* 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 der 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 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick.html>.

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 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 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 (72 Stunden)
- Nach Erkrankung mit Fieber über 38 °C oder bei aktueller Erkältung (7 Tage nach Abklingen)
- 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 in Risikogebieten für Chikungunya, Dengue-Fieber, West-Nil (4 Wochen) oder anderen übertragbaren Krankheiten (siehe: [blutspendezurich.ch](http://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 Zeckenbiss (1 Monat und bei Verdacht auf Borreliose 6 Monate)
- 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 1-5 Jahren, abhängig vom Krankheitsverlauf und nach Beurteilung durch den Arzt des Blutspendedienstes

#### **Weitere definitive Ausschlussgründe:**

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

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. 0840 200 300.**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**