



Entnahmenummer

Vorname | Name: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Strasse: _____

PLZ | Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Mobil: _____ Erinnerung per SMS: ☐ Ja ☐ Nein

Durch Ankreuzen des Feldes JA willige ich ein, dass mich das Blutspendezentrum per SMS an den nächstmöglichen Spendetermin erinnert und bin damit einverstanden, dass meine Spenderdaten (Name, Mobiltelefonnummer, Spendetermine, Spendearten) dazu vom Blutspendezentrum bearbeitet werden.

E-Mail: _____

Durch Angabe meiner E-Mailadresse willige ich ein, dass mich das Blutspendezentrum per E-Mail zu persönlichen Kommunikationszwecken kontaktiert und meine Spenderdaten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon, Blutgruppe, Spendetermine, Spendearten, Prämienspunkte) dazu vom Blutspendezentrum auf deren internen Software gespeichert, an die Agentur Mindstudios übermittelt und mit der Kommunikationssoftware von BREVO (Köpenicker Strasse 126, 10179 Berlin) verknüpft werden. Ich habe die Möglichkeit, diesen persönlichen Service jederzeit wieder abzubestellen.

Blutspende in Basel-Stadt

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

Blutspende in der Region Basel

Spendetermine unter:

blutspende-nordwestschweiz.ch/
spendeorte**Spenden Sie zum ersten Mal?**

Dann kommen Sie bitte bis spätestens
eine halbe Stunde vor Schliessung.

Blutspende SRK Nordwestschweiz, Hauptsitz, Hebelstrasse 10, 4031 Basel, Schweiz
058 404 01 00, info@blutspende-nw.ch, blutspende-nordwestschweiz.ch

Gültig ab:

01.02.2025

Spende Blut. Rette Leben.

Liebe Blutspenderin, lieber Blutspender

Ab folgendem Datum sind Sie, vorbehaltlich Ihrer Spendefähigkeit,
wieder zur Blutspende zugelassen.

Ihr Punktestand für den Prämienshop

--	--

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

Nur für interne Zwecke

Neu	Typ	Q ☐	vBB	RhD	WNV	FER	AKST	kapHb	Blutdruck	Puls	Gewicht
		Ma AK ☐ Bem ☐									
		Chag ☐ HH ☐									
		WNV ☐ NonK ☐									

Flyer/ Erstspenderinfo	Spendetauglichkeit: ☐ Ja ☐ Nein			
	Falls «Nein», Grund:			
Visum:	Visum BSD:			
☐ Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft	BDKo ☐	BDKo Wert	Visum VP	Entnahmedauer
☐ Identität kontrolliert				
Datum:	Visum BSD:			

Bemerkungen: (durch Personal auszufüllen)

Sie haben soeben das Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender gelesen. Gestützt darauf erklären Sie, Blut spenden zu dürfen. Wir bitten Sie, zusätzlich 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 Empfängerinnen und Empfänger des Blutes klein zu halten.

		Ja	Nein	Visum BSD SRK
1.	Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann letztmals? _____ Wo? _____	☐	☐	
2.	Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	☐	☐	
3.	Fühlen Sie sich zur Zeit 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)? Falls ja, welche? _____	☐	☐	
b)	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrösserung oder Haarausfall (z. B. Alopecia, Finacil®, Propecia® oder Proscar®) oder gegen Akne (z. B. Roaccutan®, Curacne®, Isotretinoin®, Tretinac® oder Tactino®) eingenommen?	☐	☐	
c)	Haben Sie in den letzten 4 Monaten antiretrovirale Therapien PEP/PrEP (z. B. Truvada®, Isentress®, Prezista®, 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 Basalzellkarzinom 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 oder Krankheitszeichen?			
a)	Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankungen (z. B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifen oder Bewusstlosigkeit)?	☐	☐	
b)	Hauterkrankungen (z. B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	☐	☐	
c)	Andere Krankheiten (z. B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs, Osteoporose)?	☐	☐	
9.	Hatten Sie in den letzten 3 Jahren oder seit Ihrer letzten Blutspende ☐ einen Spitalaufenthalt? ☐ einen Unfall? ☐ eine Operation?	☐	☐	
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 dem 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 1.1.1980 und 31.12.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar und Falklandinseln)?	☐	☐	
f)	Haben Sie seit 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	☐	☐	
11. a)	Waren Sie in den letzten 12 Monaten ausserhalb der Schweiz? 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: _____	☐	☐	

		Ja	Nein	Visum BSD SRK
12. a)	Sind Sie ausserhalb der Schweiz geboren oder haben Sie mehr als 6 Monate ausserhalb der Schweiz gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____ Wenn ja, seit wann leben Sie in der Schweiz? _____	☐	☐	
b)	Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren oder hat mehr als 6 Monate ausserhalb Europas gelebt? Wenn ja, in welchem Land? _____	☐	☐	
13. a)	Erkrankten Sie in den letzten • 6 Monaten an: ☐ Toxoplasmosis ☐ Pfeiffer'sches Drüsenfieber ☐ Amöbiasis ☐ Schigellose ☐ FSME • 12 Monaten an: ☐ Bilharziose ☐ Gonorrhö • 2 Jahren an: ☐ Osteomyelitis ☐ Rheumatisches Fieber ☐ Tuberkulose ☐ Rückfallfieber ☐ Guillain-Barré-Syndrom ☐ Q-Fieber	☐	☐	
b)	Erkrankten Sie jemals an einer der folgenden Infektionskrankheiten: ☐ Malaria ☐ Chagas ☐ Brucellose ☐ Echinokokkose ☐ Leishmaniose ☐ Lymphogranuloma venereum ☐ Filariose ☐ 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: ☐ Tätowierung, ☐ Piercing, ☐ elektrische Haarentfernung, ☐ kosmetische Behandlung wie permanent Make-up oder Microblading, ☐ Magen-, Darmspiegelung, ☐ Akupunktur, ☐ Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes)? Wann? _____ Wo? _____	☐	☐	
15.	Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	☐	☐	
16. a)	Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? • Haben Sie innerhalb den letzten 4 Monaten 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? • Haben Sie jemals einen positiven Test für HIV (AIDS) oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) gehabt? • Sind Sie jemals an Syphilis erkrankt? • Ist Ihre Lebens-, Sexual oder Wohnpartnerin bzw. ihr Lebens-, Sexual oder Wohnpartner 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?	☐	☐	
16. b)	• Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in Frage 16a ausgesetzt haben?	☐	☐	
16. c)	• Haben Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich für mehr als 6 Monate in HIV- und/oder Hepatitis C (HCV)- und/oder Hepatitis B (HBV)-Risikoländern aufgehalten haben oder dort Bluttransfusionen erhalten haben? Datum der Rückkehr des Partners, der Partnerin _____	☐	☐	
17.	Nur von Frauen zu beantworten • Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____ • Haben Sie vor 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	☐	☐	
Bemerkungen		Visum Personal		

Einverständniserklärung und Bestätigung (durch den/die Spender:in auszufüllen und zu unterschreiben)

• Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.

• Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender 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.

• Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen ausschliesslich innerhalb der Blutspende SRK Schweiz (B-CH) und der Regionalen Blutspendedienste (RBSD) zur Anwendung. Die Regionalen Blutspendedienste sind gesetzlich verpflichtet, das Datenschutzgesetz einzuhalten und meldepflichtige Erkrankungen den Behörden zu melden.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____