



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

Gültig ab:

**01.02.2026**

# 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 erst am Tag der 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 <input type="checkbox"/>		vBB	RhD	WNV	FER	AKST	kapHb	Blutdruck	Puls	Gewicht
		Ma AK <input type="checkbox"/>	Bem <input type="checkbox"/>									
		Chag <input type="checkbox"/>	HH <input type="checkbox"/>									
		WNV <input type="checkbox"/>	NonK <input type="checkbox"/>									

Flyer/ Erstspenderinfo	Spendetauglichkeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Falls «Nein», Grund:	
Visum:	Visum BSD:	
<input type="checkbox"/> Vollständigkeit des Fragebogens und Unterschrift überprüft	BDKo <input type="checkbox"/>	Visum VP
<input type="checkbox"/> Identität kontrolliert		Entnahmedauer
Datum:	Visum BSD:	

**Bemerkungen:**  
(durch Personal auszufüllen)

Sie haben 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? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine dentalhygienische oder zahnärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a)	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente – auch rezeptfreie – verwendet (z. B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrößerung oder Haarausfall (z. B. Proscar®, Finasterid-Mepha Procapil®, Finacil® oder Propecia®) oder gegen Akne/Ekzeme (z. B. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoin®, Tretinac® oder Toctino®) oder gegen Depressionen (Lithiumhaltige Medikamente, z. B. Lithiofor®) oder Migräne (z. B. Topamax®) oder gegen eine bipolare Störung (z. B. Convulex® oder Tegretol®) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Haben Sie in den letzten 2 Monaten Medikamente gegen Endometriose (z. B. Lucrin Depot®) injiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Haben Sie in den letzten 4 Monaten antiretrovirale Therapien /PEP/PrEP (z. B. Truvada®, Isentress®, Prezista® oder Norvir®) eingenommen oder aus Blut hergestellte Medikamente erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e)	Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® oder Duodart® gegen Prostatavergrößerung eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f)	Haben Sie in den letzten 6 Monaten Zytostatika (z. B. Methotrexat® gegen Psoriasis oder Arthritis) bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g)	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason®, Acicutan® gegen Schuppenflechte oder Erivede® aufgrund eines 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 oder Starrkrampf geimpft?	<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 jemals eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen?			
a)	Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankungen (z. B. erhöhter oder zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirnschlag, Streifung oder Bewusstlosigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Hauterkrankungen (z. B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem, Fieberblase) oder Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Andere Krankheiten (z. B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs, Osteoporose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Hatten Sie in den letzten 3 Jahren oder seit Ihrer letzten Blutspende <input type="checkbox"/> einen Spitalaufenthalt? <input type="checkbox"/> einen Unfall? <input type="checkbox"/> eine Operation?	<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)	Hatten Sie jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark im Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Haben Sie vor dem 1.1.1986 Wachstumshormone oder Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit 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)	Haben Sie in den letzten 4 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. a)	Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz? Falls ja, wo und wie lange? _____ Seit wann sind Sie zurück? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z. B. Fieber)? Wenn ja, bitte präzisieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		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? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Ist Ihre Mutter ausserhalb Europas geboren oder hat mehr als 6 Monate ausserhalb Europas 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"/> Pfeifferschem Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Shigellose <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"/> Rheumatisches Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Guillain-Barré-Syndrom <input type="checkbox"/> Q-Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	Erkrankten Sie <b>jemals</b> an einer der folgenden Infektionskrankheiten: <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"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> oder an anderen schweren Infektionen? Wenn ja, an welcher? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt mit einer Person, die eine Infektionskrankheit hat oder hatte? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: <input type="checkbox"/> Tätowierung, <input type="checkbox"/> Piercing, <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung, <input type="checkbox"/> kosmetische Behandlung wie permanent Make-up oder Microblading, <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung, <input type="checkbox"/> Akupunktur, <input type="checkbox"/> Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Augen, Mund oder anderes), <input type="checkbox"/> Blutegelanwendung? Wann? _____ Wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? • Hatten Sie innerhalb der letzten 4 Monate eine neue oder wechselnde Sexualpartnerschaft? • 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? • Sind Sie jemals an HIV (AIDS) oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) erkrankt oder hatten Sie einen positiven Test? • 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. a)	• Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit Partnerinnen bzw. Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in Frage 15 ausgesetzt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. b)	• 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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	<b>Falls für Sie zutreffend</b> • Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bemerkungen zu Frage		Visum Personal		

<b>Einverständniserklärung und Bestätigung (durch den/die Spender:in auszufüllen und zu unterschreiben)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin einverstanden, mein Blut zu spenden.</li> <li>• Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt für Blutspenderinnen und Blutspender gelesen und verstanden habe. Allfällige Unklarheiten wurden mir zufriedenstellend beantwortet.</li> <li>• Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des Fragebogens.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin damit einverstanden, dass ein Teil meiner Spende zur Herstellung von Medikamenten verwendet werden kann.</li> <li>• Die im Rahmen der Blutspende erhobenen persönlichen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis. Diese Daten gelangen 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. Für die Patientenversorgung werden ausschliesslich kodierte Angaben (Spender-, Produktnummer) und Blutgruppenmerkmale weitergegeben.</li> </ul>
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____	
Datum: _____ Unterschrift: _____	