



Entnahmenummer:

Frau* Herr* Geburtsdatum (TT MM JJJJ)* Sprache (D/F/I)*

Nachname* Vorname*

Strasse* Hausnummer*

PLZ* Wohnort*

Telefon Privat* Telefon Geschäft (*) Telefon Mobil (*)

Telefon einer zweiten Kontaktperson (*) Art der Beziehung (z.B. Lebenspartner, Eltern, Freund, usw.)

E-Mail (wichtig zur Kontaktaufnahme)*

Ich habe bereits Knochenmark oder periphere Blutstammzellen gespendet.*

Nein Ja Wann: Knochenmark Periphere Stammzellen

Ich beteilige mich an den Typisierungskosten:

Ja, mit CHF 140.— Ja, mit CHF 100.— Ja, mit CHF 60.— Ja, mit CHF Nein

* Pflichtfelder
(*) bitte mindestens eine zusätzliche Telefonnummer angeben (wichtig für Kontaktaufnahme)

Beachten Sie den medizinischen Fragebogen auf der Rückseite





Fragebogen: Registrierung als Blutstammzellspender

Frage	Ja	Nein	*
1. Sind Sie mindestens 50 kg schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? <input type="checkbox"/> Blutdruck: <input type="checkbox"/> tief <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung: welche? _____ <input type="checkbox"/> Herzinfarkt und/oder Angina pectoris <input type="checkbox"/> Streifung/Schlaganfall <input type="checkbox"/> Asthma, auslösender Faktor? _____ <input type="checkbox"/> Allergien: welche? _____ <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> Schwangerschaft mit Insulin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> Epilepsie: ohne Therapie anfallsfrei seit: _____ <input type="checkbox"/> Krebs: Bitte spezifizieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Falls ja, welche? _____ Grund der Einnahme bitte unter Bemerkungen beschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Nehmen Sie zurzeit: Medikamente gegen Prostatavergrösserung oder Haarausfall (z.B. Alocapil, Finacpil, Propecia oder Proscar) oder gegen Akne (z.B. Roaccutan, Curakne, Isotretinoin, Trelinac oder Toctino)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie in den letzten 6 Monaten das Medikament Avodart oder Duodart gegen Prostatavergrösserung angewendet? Von wann _____ bis wann _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie in den letzten 12 Monaten Neotigason oder Acicutan (Schuppenflechte) eingenommen? Von wann _____ bis wann _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Haben Sie in den letzten 2 Jahren Erivedge (Vismodegib) eingenommen? Von wann _____ bis wann _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten? Bitte spezifizieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen? Bitte spezifizieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt? Bitte spezifizieren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Haben Sie vor 01.01.1986 Wachstumshormone erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Frage	Ja	Nein	*
d) Ist bei Ihnen oder bei einem Verwandten ersten Grades die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Bluttransfusion erhalten (Erythrozyten, Thrombozyten, Plasma)? Falls ja, wann? _____ In welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Erkrankten Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Typhus Wann? _____ Behandlung abgeschlossen seit: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt? Welche? Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C wann? _____ <input type="checkbox"/> bei Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten während mindestens 6 Monaten in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate aufgehalten? Zurück seit: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? - Sexuelle Kontakte mit mehr als 3 verschiedenen PartnerInnen in den letzten 4 Monaten - Sexuelle Kontakte bezahlt oder gegen Bezahlung, mehr als 1x in den letzten 12 Monaten - Injektion von Drogen in den letzten 10 Jahren - Positiver Test für AIDS-Viren (HIV), für Syphilis oder für Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Haben Sie aktuell sexuelle Kontakte mit Partnern/ Partnerinnen - die sich in den letzten 12 Monaten einer Risikosituation (wie in der Frage 10) ausgesetzt haben? - die in den letzten 12 Monaten in einem AIDS-Risikoland eine Bluttransfusion erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nur von Frauen zu beantworten			
12. a) Sind Sie zurzeit schwanger? Falls ja, geplanter Geburtstermin _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate geboren? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Haben Sie vor dem 01.01.1986 Hormonspritzen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*graue Spalte leer lassen

Fragen und Bemerkungen:

Durch das Donor Center SBSC / RBSD auszufüllen:	
Typisierungstauglich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bemerkungen: _____ _____	
Gesperrt bis: _____	
Datum: _____	Visum: _____



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- Ich habe die notwendigen Informationen in der Informationsbroschüre „Die Blutstammzellspende: Was Sie wissen sollten“ (aktuell gültige Version) gelesen und verstanden. Wenn ich Fragen gestellt habe, wurden sie mir zufriedenstellend beantwortet
- Ich bestätige hiermit, dass ich den Spenderfragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe
- Ich gebe damit Blutspende SRK Schweiz AG mein Einverständnis,
 - dass mir für die HLA-Typisierung und weitere Analysen (Blutgruppe, CMV) eine Mundschleimhaut-, Speichel- oder eine Blutprobe entnommen wird und dem zuständigen Labor im Inland oder Ausland zugestellt wird
 - dass meine persönlichen Daten und die Testresultate in die Blutspende SRK Schweiz AG Datenbank aufgenommen werden
 - dass meine Daten in pseudonymisierter Form an internationale Register für Blutstammzellspender übermittelt werden und für eine Spendersuche (Abklärung der Kompatibilität) für Patienten weltweit verwendet werden
 - dass Blutspende SRK Schweiz AG und die von ihr ermächtigten Laboratorien das Probenmaterial und die HLA-Daten dazu nützen dürfen, um die HLA-Variabilität der Bevölkerung und die Verteilung der verschiedenen HLA-Kombinationen zu analysieren. Dafür werden meine Daten in anonymisierter Form verwendet. Diese Analysen sind für mich mit keinen Risiken verbunden
- Ich habe die «Datenschutzbestimmungen» gelesen, verstanden und bin einverstanden, dass meine Daten gemäss den Datenschutzbestimmungen verwendet werden können
- Um die Datenbank immer auf dem aktuellen Stand zu halten, werde ich Änderungen meiner persönlichen Daten mitteilen

Ich registriere mich hiermit als Blutstammzellspender

Datum: Unterschrift:

Name, Vorname:

Manche Patienten, die bereits viele Blutplättchentransfusionen erhalten haben, bilden Antikörper gegen einzelne Gewebegruppen. Meist handelt es sich dabei um Krebspatienten, häufig Leukämiepatienten. Diese Patienten brauchen dann Blutplättchen von einem Spender mit passenden Gewebemerkmalen, um bedrohliche Blutungen zu verhindern. Aufgrund Ihrer HLA-Typisierung können Sie daher ausnahmsweise auch als Spender von Blutplättchen angefragt werden.

Ich erlaube hiermit, dass meine HLA-Typisierung und meine Kontaktdaten zum Zweck der Suche für eine Blutplättchenspende an den zuständigen regionalen Blutspendedienst weitergegeben werden.

Ja Nein

DATENSCHUTZBESTIMMUNGEN

Ihre Privatsphäre ist für Blutspende SRK Schweiz AG enorm wichtig. In dieser Datenschutzbestimmung finden Sie alle Informationen, wozu Sie sich bereit erklären, wenn Sie sich als Blutstammzellspender registrieren. Alle erhobenen Daten werden gemäss Schweizerischem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) sowie dem EU-Datenschutzgesetz (DSGVO) erfasst, gespeichert und bearbeitet.

Wie wir Daten sammeln:

Durch die Registrierung als Blutstammzellspender erlauben Sie Blutspende SRK Schweiz AG Ihren Namen, Geburtsdatum, Kontaktdaten und Informationen über Ihren Gesundheitszustand zu erfassen. Das Probenmaterial, welches für die HLA-Typisierung und weitere Analysen (Blutgruppe, CMV) entnommen wird, kann für spätere Tests zur Abklärung der Verträglichkeit mit einem bestimmten Patienten aufbewahrt und verwendet werden. Falls Blutspende SRK Schweiz AG Sie im Bedarfsfall nicht kontaktieren kann, wird in Ausnahmefällen eine Nachfrage beim zuständigen Einwohnermeldeamt durchgeführt. Dieses Einwohneramt wird von der Datenschutzpflicht befreit und darf Blutspende SRK Schweiz AG Ihren neuen Wohnsitz mitteilen.

Wie wir Daten schützen und verwenden:

Blutspende SRK Schweiz AG ist gegenüber dem Bundesamt für Gesundheit BAG verpflichtet, laufend in Datensicherheit und -schutz zu investieren, damit Ihre Daten sicher sind vor Verlust, Missbrauch, unerlaubten Veränderungen gemäss DSG und DSGVO. Ihre persönlichen Daten sowie die HLA-Typisierung werden in die Datenbank für Blutstammzellspender von Blutspende SRK Schweiz AG aufgenommen.

Wie wir Daten weitergeben:

Die Weitergabe an Drittparteien erfolgt ausschliesslich im Rahmen des Bundesauftrages zur Führung eines Blutstammzellspenderegisters und der Vermittlung von Spendern für Patienten. Dabei stellt Blutspende SRK Schweiz AG sicher, dass mit diesen Drittparteien die rechtliche Weitergabe der Daten gemäss dem DSG und der DSGVO gewährleistet bleibt. Niemals verkauft oder leitet Blutspende SRK Schweiz AG Ihre persönlichen Daten an Drittparteien für deren eigene Marketingzwecke weiter.

Wie wir Daten archivieren:

Die Archivierung der Daten führt Blutspende SRK Schweiz AG gemäss den rechtlichen Vorgaben durch. Sie bleiben bis zu Ihrem 60. Geburtstag als Spender im Register. Ihre Registrierung als Blutstammzellspender können Sie jedoch jederzeit und ohne Konsequenzen widerrufen. Wenn für Sie aus persönlichen oder medizinischen Gründen eine Knochenmarkspende oder eine Spende von peripheren Blutstammzellen nicht mehr möglich ist, teilen Sie dies so schnell wie möglich Blutspende SRK Schweiz AG mit.

Sollten Sie Fragen zu unseren Datenschutzbestimmungen haben, melden Sie sich bei datenschutz@blutspende.ch.

Entnahmenummer: