



Registrierung als Blutstammzellspenderin oder -spender

Entnahmenummer:

FOR_265_donor_questionnaire_D / Version 14 / 1. April 2020

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)*

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

Freiwillige Spende

Eine neue Registrierung kostet rund 140 Franken. Gerne beteilige ich mich an diesen Kosten mit einer Spende von:

- CHF 140.- CHF 100.- CHF 60.- Freier Betrag CHF _____

Beachten Sie den medizinischen Fragebogen auf der Rückseite.





Registrierung als Blutstammzellspenderin oder -spender

Frage	Ja	Nein	*
1. Sind Sie mindestens 50 kg schwer und haben Sie einen BMI von unter 40?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Haben Sie bereits Knochenmark oder periphere Blutstammzellen gespendet? Falls ja, wann? _____ <input type="checkbox"/> Knochenmark <input type="checkbox"/> Periphere Blutstammzellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. a) Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? - Schwere Herz-/Kreislaufkrankung - Schwere Lungenerkrankung - Blutkrankheit, Blutgerinnungsstörung - Krebserkrankung - Autoimmunerkrankung/ chronisch entzündliche Erkrankung - Schwere Nierenerkrankung - Schwere neurologische oder psychische Erkrankung - Schwere Allergie - Diabetes, insulinabhängig - Schilddrüsenerkrankung, autoimmun bedingt b) Andere Krankheit Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. a) Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Falls ja, welche? _____ _____ Grund der Einnahme bitte unter Mitteilungen beschreiben. b) Haben Sie in den letzten 2 Jahren Etrivedge (Vismodegib) eingenommen? Einnahme bis _____	<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 Gewebe übertragen? Bitte spezifizieren: _____ b) Wurde Ihnen jemals tierisches Gewebe übertragen? Bitte spezifizieren: _____ c) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt? Bitte spezifizieren: _____ d) Haben Sie vor dem 01.01.1986 Wachstumshormone erhalten? e) 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"/>	
7. 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"/>	
8. Erkrankten Sie jemals an a) Brucellose, Babesiose, Leishmaniose, hämorrhagischem viralem Fieber, Q-Fieber, Chagas? b) Tuberkulose? Behandlung abgeschlossen seit: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Frage	Ja	Nein	*
9. Haben Sie jemals eine Gelbsucht 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"/>	
10. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu? - Sexuelle Kontakte mit mehr als 3 verschiedenen Partnerinnen bzw. Partnern 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 HIV (AIDS), für Syphilis oder für Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Haben Sie aktuell sexuelle Kontakte mit Partnerinnen bzw. Partnern, die sich in den letzten 12 Monaten einer Risikosituation (wie in Frage 10) ausgesetzt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nur von Frauen zu beantworten		Ja	Nein *
12. a) Sind Sie zurzeit schwanger? Falls ja, geplanter Geburtstermin _____ b) Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate geboren? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Spalte leer lassen

Hier haben Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen oder Mitteilungen anzubringen:

Durch das Donor Center SBSC/RBSD auszufüllen:

Für Registrierung geeignet: Ja Nein

Bemerkungen:

Gesperrt bis:

Datum: _____ Visum: _____



Registrierung als Blutstammzellspenderin oder -spender

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 Fragebogen für Spenderinnen und Spender 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 und dem zuständigen Labor im In- 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 Patientinnen und Patienten weltweit verwendet werden.
 - dass Blutspende SRK Schweiz AG und die von ihr ermächtigten Laboratorien das Probenmaterial und die HLA-Daten dazu nutzen 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.
- Ich werde Änderungen meiner persönlichen Daten sofort oder auf Nachfrage mitteilen, um die Datenbank auf dem aktuellen Stand zu halten. Das betrifft die Kontaktdaten sowie die Angaben zur Spendetauglichkeit.

Ich registriere mich hiermit als Blutstammzellspenderin bzw. -spender.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Manche Patientinnen und 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 Spenderin bzw. 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 sehr wichtig. In dieser Datenschutzbestimmung finden Sie alle Informationen, wozu Sie sich bereit erklären, wenn Sie sich als Blutstammzellspenderin bzw. -spender 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 Blutstammzellspenderin bzw. -spender erlauben Sie Blutspende SRK Schweiz AG Ihren Namen, Geburtsdatum, Kontaktdetails 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 oder 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 Blutstammzellspenderregisters 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 Spenderin bzw. Spender im Register. Ihre Registrierung als Blutstammzellspenderin bzw. -spender 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: