



Registrierung als Blutstammzellspenderin oder -spender

Geschlecht:

Sprache:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Wohnort:

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Telefon Mobil:

E-Mail:

Motivation:

MUSTER

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 Erivedge (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 und Datenschutz

- 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, CCR5) eine Mundschleimhaut-, Speichel- oder eine Blutprobe entnommen und dem zuständigen Labor im In- oder Ausland pseudonymisiert zugestellt wird.
Weitere Informationen: blutstammzellspende.ch/analysen
 - 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 verwenden 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.
 - dass das Probenmaterial, welches für die HLA-Typisierung und die weiteren Analysen entnommen wird, für spätere Tests zur Abklärung der Verträglichkeit mit einem bestimmten Patienten aufbewahrt und verwendet werden kann.
- Ich verbleibe ohne meinen Gegenbericht bis zu meinem 60. Geburtstag als Spenderin bzw. Spender im Register. Meine Registrierung kann ich jedoch jederzeit und ohne Konsequenzen widerrufen. Wenn für mich aus persönlichen oder medizinischen Gründen eine Knochenmarkspende oder eine Spende von peripheren Blutstammzellen nicht mehr möglich ist, teile ich dies so schnell wie möglich Blutspende SRK Schweiz AG mit.
- Damit ich im Falle einer Anfrage für eine Spende schnell erreicht werden kann, werde ich Änderungen meiner Kontaktdaten sofort oder auf Nachfrage mitteilen. Dies betrifft auch die Angaben zur Spendetauglichkeit.
- Ich habe die Datenschutzbestimmungen gelesen, verstanden und bin einverstanden, dass meine Daten gemäss den Datenschutzbestimmungen verwendet werden (siehe QR-Code unten).

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

Ich registriere mich hiermit als Blutstammzellspenderin bzw. -spender.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Einverständnis Blutplättchenspende

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 Gewebemerkmale, 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

Marketing Permission

Ich bin damit einverstanden, dass Blutspende SRK Schweiz AG mich für Marketingzwecke im Zusammenhang mit der Blutstammzellspende kontaktiert, das heisst mir Informationen rund um die Blutstammzellspende senden darf. Ich weiss, dass meine besonders schützenswerten Daten (z.B. Gesundheitsdaten) dafür nicht verwendet werden. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit wieder zurückziehen.

Ja Nein

Datenschutzbestimmungen



Weitere Informationen:
[blutstammzellspende.ch/
datenschutz](http://blutstammzellspende.ch/datenschutz)