

# Medizinischer Fragebogen

Bitte jede Frage mit X beantworten	Visum BSD	
	Ja	Nein
1. Haben Sie jemals Blut gespendet? Falls ja, wann das letzte Mal? 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 72 Stunden zahnärztliche oder dentalhygienische Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie Fieber über 38°C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente (Tabletten, Spritzen, Zäpfchen) (auch rezeptfreie) angewendet? Welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente gegen Prostatavergrösserung (z.B. Finasteride, Proscar®), Akne (z.B. Roaccutan®) oder Haarausfall (z.B. Propecia®) angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Avodart® gegen Prostatavergrösserung angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason® (Schuppenflechte) 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, Hepatitis B 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 eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? a) Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankung (z.B. erhöhter/zu tiefer Blutdruck, Herzinfarkt, Atemnot, Hirschlag, Streifung, Bewusstlosigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Haut (z.B. Verletzung, Ausschlag, Ekzem) oder Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Andere Krankheiten (z.B. Zucker, Blut, Blutgerinnung, Gefässe, Nieren, Nerven, Epilepsie, Krebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten oder seit Ihrer letzten Blutspende eine/n <input type="checkbox"/> Krankheit? ..... <input type="checkbox"/> Unfall? ..... <input type="checkbox"/> Operation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn od. Rückenmark durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Haben Sie vor 1.1.1986 Wachstumshormone 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) Waren Sie zwischen dem 1.1.1980 und dem 31.12.1996 für 6 Monate od. länger in Grossbritannien od. Nordirland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte erst am Tag der Blutspende mit Kugelschreiber ausfüllen.	Visum BSD	
	Ja	Nein
f) Haben Sie seit dem 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. a) Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb Europas? Falls ja, wo? ..... zurück seit? .....	<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"/>
12. a) Sind Sie jemals an Malaria erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sind Sie in einem Malariagebiet geboren/aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. a) Erkrankten Sie jemals an: <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Typhus Wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenstich oder Kontakt mit Infektionskrankheiten? Falls ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten: <input type="checkbox"/> Tätowierung <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Nadelstichverletzung <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> permanent Make-up <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung <input type="checkbox"/> Fremdblutkontakt mit Schleimhäuten Falls ja, wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. a) Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ist Ihr Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu? a) Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 6 Monaten oder sexuelle Kontakte (geschützte/nicht geschützte) mit wechselnden PartnerInnen in den letzten 12 Monaten b) Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 5 Jahren während mind. 6 Monaten c) Sexuelle Kontakte unter Männern seit 1977 d) Gewerbsmässige sexuelle Kontakte seit 1977 e) Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig f) Positiver Test für AIDS-Viren (HIV), für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit PartnerInnen gehabt, die sich einer Risikosituation wie in der Frage 16 ausgesetzt haben, oder die in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nur für Frauen zu beantworten</b>		
18. Waren Sie jemals schwanger? Falls ja, wann zuletzt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen Anamnese, Frage:

Ausgabe 01.01.2012

Fragebogen kontrolliert:

Datum: \_\_\_\_\_

Visum BSZ: \_\_\_\_\_