

# BSD Zentralschweiz SRK

Dok Nr: *LU-FORM-100838*

Version *2.0, CURRENT*

Legacy :

*Anmeldung zur therapeutischen Blutspende / Aderlasstherapie*

## 1. Auftraggeber:

Behandelnder Arzt: (Stempel)

## 2. Patientendaten

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....(s.a.3)

Strasse: .....

PLZ/Wohnort: .....

Telefon P: .....

Telefon G: .....

## 3. Diagnose:

Diagnose<sup>§</sup>: .....

Überweisung als Blutspender\*

Anmeldung zur Aderlasstherapie\*

Ich bin einverstanden, dass die Intervalle in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst des RBSZ Luzern definiert werden

Ich möchte die Intervalle selbst bestimmen und werde den Patienten neu zuweisen

\*bitte zutreffendes ankreuzen

Bitte beachten Sie, dass der Blutspendebetrieb auf gesunde Spender ausgerichtet ist und in den Zentren nicht immer ein Arzt anwesend ist. Deshalb müssen auch Therapiespender i.d.R. die Spendetauglichkeitskriterien für normale Blutspender erfüllen. Dies wird wie auch die Eignung als regulärer Blutspender, dessen Blut zur Transfusion freigegeben werden darf, in einer Konsultation vor der ersten Sitzung abgeklärt (s.a. Informationsblatt 'Blutspenden und Hämochromatose'). Bei einer reinen Therapiespende ist der Patient zur Kostenübernahme verpflichtet. Patienten, die noch nie eine (Therapie-)Spende geleistet haben, sollten zu Beginn der Therapie bei uns nicht älter als 60 Jahre sein, das Höchstalter für jegliche Spenden bei uns beträgt 75 Jahre.

## 4. Beurteilung der medizinischen Spendetauglichkeit durch den Hausarzt:

Blutdruck: ..... / ..... mmHg Puls: ...../min Gewicht/Grösse: ..... kg / ..... cm

Ferritin bei ED: .....µg/l Datum ED: ..... Anzahl stattgehabter Therapiespenden: .....

**Bitte aktuelle Laborbefunde (obligatorisch: kleines Blutbild und Eisenstatus) beilegen**

### Anamnestische Befunde:

Cardio-vascular<sup>§</sup>: .....

Pulmonal<sup>§</sup>: .....

Cerebral<sup>§</sup>: .....

Neurologisch<sup>§</sup>: .....

Aktuelle Infektanamnese<sup>§</sup>: .....

Medikamente: .....

Andere relevanten Diagnosen<sup>§</sup>: .....

<sup>§</sup>Bitte **Befundberichte** (Spitalaustrittsbericht, Untersuchungsbefunde) beilegen!

Auf Grund der von mir erhobenen Anamnese und Untersuchungen bezüglich der Risikofaktoren sehe ich **keine Kontraindikationen für eine Blutspende**.

Datum .....

Unterschrift Hausarzt: .....

Für Auskünfte: Tel. 041 418 70 20 / [blutspendedienst@bsd-luzern.ch](mailto:blutspendedienst@bsd-luzern.ch)

Bitte vollständig ausfüllen und an folgende Adresse senden:

**Reg. Blutspendezentrum Luzern, Maihofstrasse 1, 6004 Luzern / [blutspendedienst@bsd-luzern.ch](mailto:blutspendedienst@bsd-luzern.ch)**