

**Gesundheitsfragebogen für Spenderinnen und Spender im Alter zwischen 65 und 75 Jahren**  
**Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen. Haben Sie Fragen? Zögern Sie nicht uns anzurufen: 058 272 52 52**

Entnahmenummer Barcode			
		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>1.</b>	Fühlen Sie sich in der letzten Zeit häufiger müde und erschöpft oder haben Sie einen Leistungseinbruch/Leistungsknick bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	<b>a)</b> Hat sich Ihr Allgemeinbefinden im letzten Jahr verändert oder sogar verschlechtert? Wenn ja, was hat sich verändert? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>b)</b> Waren Sie beim Hausarzt? Wenn ja, was war die Diagnose? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>c)</b> Waren Sie im Krankenhaus? Wenn ja, warum (Einweisungs-grund/ Diagnose/Operation - bitte Datum)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	Wenden Sie seit Ihrer letzten Blutspende neue Medikamente an oder hat sich die Dosierung der alten Medikamente verändert? Wenn ja, welche neue Medikamente oder welche Dosierung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	Tritt bei Ihnen unter körperlicher Anstrengung oder psychischer Aufregung oder auch ohne einen fassbaren Grund		
	<b>a)</b> ein stumpfer, drückender, nicht gut abgrenzbarer Schmerz oder ein unangenehmes Druckgefühl in der Brust auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>b)</b> ein spürbares (schnelles) Herzklopfen oder ein unregelmässiges Herzschlagen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>c)</b> eine Atemnot auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>5.</b>	Müssen Sie den Kopfteil des Bettes hochstellen oder benötigen Sie mehrere Kopfkissen beim Schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b>	Leiden Sie unter plötzlichen Schwächeanfällen, die auch ohne erklärbare Ursache auftreten können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b>	Haben Sie öfters geschwollene Füsse (auch unabhängig vom heissen Sommerwetter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.</b>	Kam es bei Ihnen in der letzten Zeit zu einem ungewollten Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b>	Leiden Sie neuerdings unter Nachtschweiss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b>	Haben Sie vergrösserte Lymphknoten bemerkt (z.B. Schwellungen in Achselhöhle, Hals, Leisten...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11.</b>	Hatten oder haben Sie Sehstörungen, Lähmungen oder Gefühlsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.</b>	Treiben Sie regelmässig Sport? Wenn ja, welche Sportart? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13.</b>	Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Nebenwirkungen nach der Spende? (Schwindel, Übelkeit, Ohnmacht, Sturz usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

↓ (Bemerkungsfeld für Fachpersonal) ↓

Gesundheitsfragebogen/Medizinischer Dienst/dha/bei/1.7.2017\_V06

- Abklärung mit SAZ/DA \_\_\_\_\_ (Visum SAZ / DA)
- RW bis \_\_\_\_\_  Grund \_\_\_\_\_  Ausschluss  Zulassung
- weitere Abklärungen \_\_\_\_\_ Datum/Vis. \_\_\_\_\_  
 (wo/was/bei wem/bis wann) \_\_\_\_\_
- (SAZ) Beurteilung Gefa nach Spende: Datum/Visum \_\_\_\_\_