

Postanschrift

Ärztlicher Leiter | Vita 34 AG  
Perlickstraße 5  
04103 Leipzig  
Deutschland

## ANAMNESEFRAGEBOGEN für die Entnahme von Nabelschnurblut/ Nabelschnurgewebe

SOP WK-003.13 | Anlage 1 | Fassung vom 15.11.2018

**Wichtiger Hinweis:** Bitte beantworten Sie uns frühestens ab der 29. Schwangerschaftswoche die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheitsgeschichte. Die Richtlinien zur Gewinnung von Stammzellen aus Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe schreiben vor, dass eine sorgfältige Anamnese von Ihnen als werdende Mutter erhoben und unterschrieben werden muss. Die Anamnese ist Bestandteil der Unterlagen bei Vita 34. Bei Fragen berät Sie unsere Fachberatung gern gebührenfrei unter: 0800 034 00 01. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

### 1. Personalien der werdenden Mutter (Bitte deutlich und vollständig ausfüllen!)

Name/Geburtsname	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Telefon

### 2. Allgemeine Anamnese der werdenden Mutter

errechneter Entbindungstermin: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

1. Fühlten Sie sich bisher während der Schwangerschaft bzw. fühlen Sie sich zurzeit wohl?  Nein  Ja  
Wenn 'Nein', weshalb? \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie generell, oder nahmen Sie während der Schwangerschaft wegen einer Erkrankung oder sonstigen Auffälligkeiten Medikamente ein?  Nein  Ja  
Wenn 'Ja', wann, welche, wie lange und weshalb? \_\_\_\_\_

3. Nahmen Sie Medikamente wegen einer schwerwiegenden Erkrankung (z. B.: Epilepsie, Autoimmunerkrankungen) oder sonstigen Auffälligkeiten (z. B.: Kinderwunschbehandlung) ein, die bereits vor der Schwangerschaft bestanden?  Nein  Ja  
Wenn 'Ja', wann, welche, wie lange und weshalb? \_\_\_\_\_

4. Sind bei Ihnen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten aufgetreten?  Nein  Ja

- |                                             |                                                |                                                          |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Fieber                | <input type="radio"/> Gewichtsverlust          | <input type="radio"/> Nachtschweiß                       |
| <input type="radio"/> Gelbsucht             | <input type="radio"/> Husten                   | <input type="radio"/> Hauterkrankungen                   |
| <input type="radio"/> Lymphknotenschwellung | <input type="radio"/> Krampf-/Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen             |
| <input type="radio"/> Herzbeschwerden       | <input type="radio"/> Gerinnungsstörungen      | <input type="radio"/> Diabetes mit Insulintherapie       |
| <input type="radio"/> Atemwegserkrankung    | <input type="radio"/> Magen-/Darmerkrankungen  | <input type="radio"/> Nieren-/Blasenentzündungen         |
| <input type="radio"/> Gestose               | <input type="radio"/> HELLP-Syndrom            | <input type="radio"/> ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen |

sonstige: \_\_\_\_\_

Wenn 'Ja', wann? Datum: \_\_\_\_\_ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? \_\_\_\_\_

5. Ist bei Ihnen eine Infektion in der Schwangerschaft aufgetreten?  Nein  Ja

- |                                     |                                             |                                    |                                                      |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Toxoplasmose  | <input type="radio"/> Chlamydia trachomatis | <input type="radio"/> Cytomegalie  | <input type="radio"/> HIV-Infektion                  |
| <input type="radio"/> Hepatitis A   | <input type="radio"/> Hepatitis B           | <input type="radio"/> Hepatitis C  | <input type="radio"/> Listeriose                     |
| <input type="radio"/> Borreliose    | <input type="radio"/> Pilzinfektion         | <input type="radio"/> Gonorrhoe    | <input type="radio"/> Salmonella typhi/<br>paratyphi |
| <input type="radio"/> Osteomyelitis | <input type="radio"/> Q-Fieber              | <input type="radio"/> Tuberkulose  | <input type="radio"/> Zika-Virus-Infektion           |
| <input type="radio"/> Dengue-Fieber | <input type="radio"/> West-Nil-Fieber       | <input type="radio"/> Ringelröteln | <input type="radio"/> Röteln                         |
|                                     |                                             |                                    | <input type="radio"/> Syphilis                       |
|                                     |                                             |                                    | <input type="radio"/> Malaria                        |

sonstige: \_\_\_\_\_

Wenn 'Ja', wann? Datum: \_\_\_\_\_ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? \_\_\_\_\_

6. Wurde bei Ihnen jemals irgendeine Infektion (Krankheit) nachgewiesen bzw. ist eine bekannt?  Nein  Ja

- |                                                |                                                                      |                                                               |                                                                |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> HIV-Infektion            | <input type="radio"/> HTLV I/II-Infektion                            | <input type="radio"/> infektiöse Hepatitis unklarer Ätiologie | <input type="radio"/> Tuberkulose                              |
| <input type="radio"/> Osteomyelitis            | <input type="radio"/> Brucellose                                     | <input type="radio"/> Hepatitis C                             | <input type="radio"/> Q-Fieber                                 |
| <input type="radio"/> Rückfallfieber           | <input type="radio"/> Tularämie                                      | <input type="radio"/> Rickettsiose                            | <input type="radio"/> Toxoplasmose                             |
| <input type="radio"/> Syphilis                 | <input type="radio"/> Lymphopathia venerea                           | <input type="radio"/> Babesiose                               | <input type="radio"/> Fleckfieber und andere Rickettsiosen     |
| <input type="radio"/> Leishmaniasis            | <input type="radio"/> Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit) | <input type="radio"/> Melioidose                              | <input type="radio"/> Paratyphus-/Salmonellen-Dauerausscheider |
| <input type="radio"/> West-Nil Fieber          | <input type="radio"/> Hepatitis A                                    | <input type="radio"/> Zika-Virus-Infektion                    | <input type="radio"/> Lepra                                    |
| <input type="radio"/> Epstein-Barr-Virus (EBV) |                                                                      |                                                               | <input type="radio"/> Malaria                                  |
|                                                |                                                                      |                                                               | <input type="radio"/> Ulcus molle                              |
|                                                |                                                                      |                                                               | <input type="radio"/> Dengue-Fieber                            |

sonstige: \_\_\_\_\_

Wenn 'Ja', wann? Datum: \_\_\_\_\_ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? \_\_\_\_\_

7. Leiden Sie **zurzeit** bzw. sind in den **letzten 4 Wochen** fieberhafte Erkrankungen und/oder Durchfallerkrankungen unklarer Ursachen aufgetreten? Was ist aufgetreten? \_\_\_\_\_  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wie werden/wurden Sie behandelt? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
8. Haben Sie eine **Anti-D-Prophylaxe** (sog. Rhesusprophylaxe) in der Schwangerschaft erhalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, haben Sie Rhesogam, Rhophylac200, Rhophylac300, Partobulin SDF oder Rhesonativ erhalten?  Nein  Ja  
 Welches Präparat haben Sie erhalten? \_\_\_\_\_
9. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten** eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welche? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
10. Wurden bei Ihnen in den **letzten 4 Monaten** Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit **Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern** durchgeführt?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welche? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
11. Sind Sie in den **letzten 12 Monaten** gegen Tollwut geimpft worden oder erhielten Sie Serum (z. B. gegen Schlangenbisse), Zellen (z. B. Frischzellentherapie) oder Gewebe tierischen Ursprungs?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, weshalb, welches Präparat? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
12. Haben Sie in den **letzten 4 Wochen** einen Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Röteln, Masern, Mumps, Cholera) erhalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welcher Impfstoff, warum? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
13. Wurden Sie **innerhalb der letzten Woche** gegen **Hepatitis B** geimpft?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wann? Datum: \_\_\_\_\_
14. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Tuberkulose? **Wenn 'Ja'**, wann? Datum: \_\_\_\_\_  Nein  Ja  
 Sind Sie geheilt? Seit wann? Datum: \_\_\_\_\_  Nein  Ja  
 Ist die Heilung medizinisch dokumentiert?  Nein  Ja
- 15.1 Wurden Sie in den **letzten 4 Monaten** akupunktiert? **Wenn 'Ja'**, wann? Datum: \_\_\_\_\_  Nein  Ja  
 Wurde die Akupunktur unter **aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln** durchgeführt?  Nein  Ja
- 15.2 Haben Sie sich in den **letzten 4 Monaten** einer die Haut oder Schleimhaut verletzenden Maßnahme unterzogen, wie Piercing, Tätowierung, Ohrlochstechen oder kosmetische Behandlung (z. B. Botoxspritzen, Permanent Make-up)?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, was? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_  
 Hatten Sie außergewöhnliche Beschwerden? Welche? \_\_\_\_\_  Nein  Ja
16. Sind Sie in den **letzten 4 Monaten** in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z. B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch Verletzung mit einem Instrument (z. B. Injektionsnadel), das mit Blut verunreinigt war?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wobei? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_  
 Wie sind Sie in Berührung mit dem Blut einer anderen Person gekommen? \_\_\_\_\_
17. Haben Sie in den **letzten 4 Monaten** ein Transplantat humanen Ursprungs, Blutkomponenten oder Plasmaderivate (autolog – Eigen- und allogene – Fremdspende), ausgenommen Humanalbumin, erhalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, was haben Sie erhalten? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
- 18.1 Sind Sie in einem Land, welches Malaria-Endemiegebiete enthält **geboren oder aufgewachsen**?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo (Land/Region): \_\_\_\_\_
- 18.2 Haben Sie sich **kontinuierlich länger als 6 Monate** in einem Malaria-Endemiegebiet aufgehalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo? (Land/Region): \_\_\_\_\_  
 Wann? Von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- 18.3 Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** ein Malaria-Endemiegebiet besucht?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo (Land/Region): \_\_\_\_\_  
 Wann? Von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- 18.4 Hatten Sie **jemals** eine Malaria? **Wenn 'Ja'**, wann? Datum: \_\_\_\_\_  Nein  Ja  
 Sind Sie geheilt? Ist die Heilung medizinisch dokumentiert? (Heilungsnachweis wenn möglich bitte beifügen!)
- 19.1 Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten** intimen Kontakt mit Personen, die einer Gruppe\* mit **erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV** angehören oder zugeordnet werden müssen?  Nein  Ja
- 19.2 Wurde bei Ihnen eine Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HIV-Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind?  Nein  Ja
- 19.3 **Gehören Sie einer Gruppe\* mit erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV an?**  Nein  Ja

\* dieser Gruppe angehörende Personen sind: Drogenabhängige; Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM); heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten, z. B. Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern; männliche und weibliche Prostituierte, Häftlinge, Personen nach Haftentlassung innerhalb der letzten 4 Monate, Einwanderer aus Ländern mit hohen Infektionsraten mit diesen Viren

20. Haben Sie sich **kontinuierlich länger als 6 Monate** in einem Gebiet, in dem sich HBV-, HCV-, HIV- oder HTLV I/II-Infektionen (human T-Zell Leukämie-Virus) vergleichsweise stark ausgebreitet haben (z. B. Afrika südlich der Sahara, Südostasien, Südamerika, Karibik), aufgehalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**: Liegt der letzte Aufenthalt **länger als 4 Monate** zurück?  Nein  Ja  
 Wo und wie lange? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
21. Haben Sie in den **letzten 4 Monaten** mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der z. B. Gelbsucht, Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C festgestellt wurde?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wer ist an welcher Hepatitis erkrankt? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
22. Wurde bei Ihnen **jemals** eine Hepatitis B-Infektion (HBV-Infektion) nachgewiesen?  Nein  Ja  
 Ist die Infektion nachweislich ausgeheilt?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wann? Datum: \_\_\_\_\_
23. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen**, auch nur kurzzeitig, in Nord-, Südamerika, Mexiko, Südeuropa, Südosteuropa, Russland oder in Mittelmeerländern aufgehalten (Gefahr einer Infektion mit West-Nil-Virus)?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo (Land/Region): \_\_\_\_\_  
 Wann? Von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Bestand bei Ihnen der Verdacht einer Erkrankung und wurde eine Genomtestung durchgeführt?  Nein  Ja
24. Haben Sie sich in einem Endemiegebiet für Chikungunya-Fieber (Süd-, Südostasien, China, Saudi-Arabien, Jemen, Afrika, Mauritius, La Réunion, Karibik, Frankreich, Italien, USA, Mittel- und Südamerika, Pazifische Inseln) aufgehalten und sind Sie aus diesem Gebiet **innerhalb der letzten zwei Wochen** zurückgekehrt?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
25. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen**, auch nur kurzzeitig in einem Endemiegebiet für Zika-Virus-Infektionen (Süd-, Mittelamerika, Karibik, Florida, Kapverden, Senegal, Guinea-Bissau, Kamerun, Gabun, Malediven, Südostasien, Ozeanien, Pazifische Inseln) aufgehalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
- 26.1 Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen** in einem SARS-Endemiegebiet aufgehalten?  Nein  Ja
- 26.2 Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen** in einem anderen von der WHO definierten Endemiegebiet, von dem bereits Übertragungen ausgegangen sind, aufgehalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
- 27.1 Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig? Nehmen/Nahmen Sie missbräuchlich Medikamente oder Drogen zu sich?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welche? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_
- 27.2 Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wie eingenommen? \_\_\_\_\_ Wann letztmalig? Datum: \_\_\_\_\_
28. Haben Sie **jemals** Xenotransplantate (z. B. Organe, Organteile oder Gewebe tierischen Ursprungs) erhalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, was? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_  
 Weshalb? \_\_\_\_\_
- 29.1 Bestand bei **Ihnen** jemals **der Verdacht** einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder einer Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE ?  Nein  Ja
- 29.2 Ist bei **Ihnen** oder **einem oder mehreren ihrer Blutsverwandten** eine Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder eine Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE aufgetreten? Bei wem? \_\_\_\_\_  
**Wenn 'Ja'**: Wie wurde die Krankheit diagnostiziert? \_\_\_\_\_
30. Waren Sie jemals oder sind Sie an rheumatischem Fieber erkrankt?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wann? Datum: \_\_\_\_\_  
 Wurden oder werden Sie behandelt? Womit? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_\_  
 Ist die Behandlung seit mehr als 2 Jahren abgeschlossen? **Wenn 'Ja'**, seit wann? Datum: \_\_\_\_\_  
 Bestehen bei Ihnen seither Anzeichen für eine chronische Herzerkrankung?  Nein  Ja
31. Leiden oder litten Sie an einer bösartigen Tumorerkrankung oder Blutbildungsstörung?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, Datum: \_\_\_\_\_ Woran? \_\_\_\_\_  
 Wie wurden Sie behandelt? \_\_\_\_\_  
 Ist die Behandlung abgeschlossen? **Wenn 'Ja'**, seit wann? Datum: \_\_\_\_\_  
 Sind Sie geheilt? **Wenn 'Ja'**, seit wann? Datum: \_\_\_\_\_  
 Waren die regelmäßigen Nachkontrollen unauffällig?  Nein  Ja
32. Haben Sie für die aktuelle Schwangerschaft im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung **Eizellen und/oder Spermien einer fremden Person** erhalten?  Nein  Ja

33. Ist bei Ihnen, Ihrem Mann oder in Ihrer Familie eine der unten genannten Erkrankungen/Syndrome aufgetreten?  Nein  Ja  
Wenn 'Ja', welches Familienmitglied ist/war woran erkrankt (Sie, Kindsvater, Ihre Kinder etc.)?  
Bitte geben Sie jeweils an, ob es sich um einen Einzelfall oder um eine familiäre Häufung handelt!

Bekannt(e)s Krankheit/Syndrom	werdende Mutter	werdender Vater	werdende Geschwister	werdende Großeltern	Diagnose/Bemerkung (wann, wer, Therapie)
• bösartige Tumoren/Neoplasien • Leukämie • Myeloproliferative Erkrankung	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<b>Diabetes</b> • Typ I • Typ II Beginn der Erkrankung/Alter	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<b>Erkrankung roter Blutzellen</b> • Sichelzellerkrankung • Thalassämie • Fanconi-Anämie • Sphärozytose • Elliptocytose • Blackfan-Diamond-Anämie	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<b>Erkrankung weißer Blutzellen</b> • SCID (Severe Combined Immunodeficiency) • Chron. Granulomatose • Ataxia teleangiectasia • Agammaglobulinämie • Wiskott-Aldrich-Syndrom • Nézelof-Syndrom • ADA- oder PNP-Mangel • DiGeorge-Syndrom	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<b>Erkrankung Blutplättchen</b> • Glanzmann-Naegeli-Syndrom • Hereditäre Thrombozytopenie • Hereditäre Teleangiektasien • Storage-Pool-Syndrom	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<b>Speicherkrankheiten</b> • Leukodystrophien • Tay-Sachs-Syndrom • Gaucher Krankheit • Hurler-Syndrom • Hunter-Syndrom • Sanfilippo-Syndrom	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<b>Chromosomenanomalien</b> • Ullrich-Turner-Syndrom • Trisomie 21	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
• Allergien – schwere Verlaufsformen, z. B. behandlungsbedürftiges Quincke-Ödem • Asthma – schweres Asthmabronchiale	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
• Erbliche Hauterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
• Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheuma, Multiple Sklerose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
• Muskeldystrophie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
• Alport-Syndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
• Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Ich erkläre mich hiermit bereit, der Vita 34 AG unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn innerhalb von 12 Monaten nach der Geburt bei mir oder meinem Kind eine Infektionskrankheit auftritt, die durch Blut übertragen werden kann (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C oder HIV) bzw. eine der o. g. Erkrankungen oder genetisch bedingte Erkrankungen bei meinem Kind festgestellt werden. Zudem willige ich ein, dass das Nabelschnurblut und ggf. das Nabelschnurgewebe entnommen wird und mir für die notwendigen infektionserologischen Untersuchungen (inkl. HIV) zum Zeitpunkt der Geburt (+/- 48 h) Blut entnommen wird.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- das zur Verfügung gestellte Aufklärungsmaterial gelesen und verstanden wurde,
- die Informationen zum Schutz der medizinischen Daten von mir zur Kenntnis genommen wurden,
- ich Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen,
- ich zufriedenstellende Antworten auf gestellte Fragen erhalten habe,
- mir bewusst ist, dass unvollständige bzw. nicht wahrheitsgemäße Angaben zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Empfängers der Stammzellen führen können,
- alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden.

Bitte unterschreiben Sie den Anamnesefragebogen nach dem vollständigen Ausfüllen aller Teilfragen!



Datum und Unterschrift der Mutter