

Postanschrift

Ärztlicher Leiter | Vita 34 AG
Perlickstraße 5
04103 Leipzig
Deutschland

NACHANAMNESE für die Entnahme von Nabelschnurblut/ Nabelschnurgewebe

SOP WK-003.13 | Anlage 1b | Fassung vom 15.11.2018

Wichtiger Hinweis: Sie haben bereits den ausführlichen Anamnesefragebogen ausgefüllt. Um die Qualität der Stammzellen aus Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe sicher beurteilen zu können, benötigen wir zudem nach Ihrer Entbindung in diesem zweiten kurzen Anamnesefragebogen Ihre aktuellen Angaben zu Erkrankungen, Auffälligkeiten und Infektionen.

Die Fragen in diesem Nachanamnesefragebogen sind in Art und Umfang behördlich vorgeschrieben und haben den Zweck, Ihre eigene Gesundheit bzw. die Ihres Kindes/Ihrer Kinder sowie mögliche Infektionsrisiken kurz vor der Geburt einzuschätzen und somit den späteren Empfänger vor unerwünschten Nebenwirkungen und Infektionen zu schützen. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, uns die Fragen wahrheitsgemäß, gewissenhaft und **vollständig** zu beantworten und uns den Nachanamnesefragebogen unterschrieben **innerhalb der nächsten 14 Tage** zuzusenden. Die Nachanamnese ist Bestandteil der Unterlagen bei Vita 34 und muss, wie auch der ausführliche Anamnesefragebogen, unbedingt vorliegen.

Bei Fragen berät Sie unsere Fachberatung gern unter der gebührenfreien Telefonnummer: **0800 034 00 01**. Vielen Dank!

1. Personalien der Mutter des/der Neugeborenen

ID-Nr.

Name/Geburtsname

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

2. Allgemeine Anamnese der Mutter des/der Neugeborenen

Geburtsdatum Neugeborene(s): ____ . ____ . ____

A. Nehmen Sie generell, oder nahmen Sie während der Schwangerschaft wegen einer Erkrankung (z. B. Epilepsie, Autoimmunerkrankung) oder sonstigen Auffälligkeiten Medikamente ein? Nein Ja

Wenn 'Ja', wann, welche, wie lange und weshalb? _____

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

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

sonstige: _____

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

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Toxoplasmose | <input type="radio"/> Epstein-Barr-Virus (EBV) | <input type="radio"/> Rickettsiose |
| <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Zika-Virus-Infektion | <input type="radio"/> Leishmaniose |
| <input type="radio"/> Borreliose | <input type="radio"/> Cytomegalie | <input type="radio"/> Syphilis |
| <input type="radio"/> Osteomyelitis | <input type="radio"/> Hepatitis C | <input type="radio"/> Röteln |
| <input type="radio"/> Dengue-Fieber | <input type="radio"/> Pilzinfektion | <input type="radio"/> HTLV I/II-Infektion |
| <input type="radio"/> Ulcus molle | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Rückfallfieber |
| <input type="radio"/> infektiöse Hepatitis | <input type="radio"/> Brucellose | <input type="radio"/> Tularämie |
| <input type="radio"/> Chlamydia trachomatis | <input type="radio"/> Melioidose | <input type="radio"/> Trypanosomiasis |
| <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Fleckfieber / andere Rickettsiosen | <input type="radio"/> Malaria |
| <input type="radio"/> Lepra | <input type="radio"/> Ringelröteln | <input type="radio"/> Listeriose |
| <input type="radio"/> Q-Fieber | <input type="radio"/> HIV-Infektion | <input type="radio"/> Babesiose |
| <input type="radio"/> West-Nil-Fieber | <input type="radio"/> Gonorrhoe | |
| <input type="radio"/> Lymphopathia venerea | <input type="radio"/> Salmonella typhi/paratyphi | |

sonstige: _____

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

- D. Litten Sie in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** an fieberhaften Erkrankungen und/oder an Durchfallerkrankungen unklarer Ursachen? Was ist aufgetreten? Nein Ja
Wenn 'Ja', wie werden/wurden Sie behandelt? _____ Wann? Datum: _____
- E. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung? Nein Ja
Wenn 'Ja', welche? _____ Wann? Datum: _____
- F. Wurden bei Ihnen in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit **Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern** durchgeführt? Nein Ja
Wenn 'Ja', welche? _____ Wann? Datum: _____
- G. Haben Sie in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** einen Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Röteln, Masern, Mumps, Cholera) erhalten? Nein Ja
Wenn 'Ja', welcher Impfstoff, warum? _____ Wann? Datum: _____
- H. Wurden Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** akupunktiert? Nein Ja
Wenn 'Ja', wann? Datum: _____
 Wurde die Akupunktur unter **aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln** durchgeführt? Nein Ja
- I. Haben Sie sich in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** 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? _____
- J. 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, Organe oder Organteile tierischen Ursprungs (Xenotransplantate)? Nein Ja
Wenn 'Ja', weshalb, welches Präparat? _____ Wann? Datum: _____
- K. Sind Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** 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? _____
- L. Haben Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** 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: _____
- M. Haben Sie in den **letzten 6 Monaten vor Entbindung** ein Malaria-Endemiegebiet besucht? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo (Land/Region): _____
- N. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** 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
- O. **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
- P. Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig? Nein Ja
Wenn 'Ja', welche? _____ Wann? Datum: _____
- Q. Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft? Nein Ja
Wenn 'Ja', wie eingenommen? _____ Wann letztmalig? Datum: _____
- R. Haben Sie sich **kontinuierlich länger als 6 Monate** in einem Gebiet, in dem sich Hepatitis B, Hepatitis C, 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 vor Entbindung** zurück? Nein Ja
 Wo und wie lange? _____ Wann? Datum: _____
- S. Haben Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** 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: _____

- T. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung**, 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
- U. 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 vor Entbindung** zurückgekehrt? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo? _____ Wann? Datum: _____
- V. Haben Sie sich in einem Endemiegebiet für Zika-Virus-Infektionen (Süd-, Mittelamerika, Karibik, Florida, Kapverden, Senegal, Guinea-Bissau, Kamerun, Gabun, Malediven, Südostasien, Ozeanien, Pazifische Inseln) aufgehalten und sind Sie aus diesem Gebiet **innerhalb der letzten vier Wochen** vor der Entbindung zurückgekehrt? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo? _____ Wann? Datum: _____
- W. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** in einem SARS- Endemiegebiet aufgehalten? Nein Ja
- X. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** in einem anderen von der WHO definierten Endemiegebiet, von dem bereits Übertragungen ausgegangen sind, aufgehalten? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo? _____ Wann? Datum: _____
- Y. Wurden Sie **innerhalb der letzten Monate vor Entbindung** wegen einer Erkrankung ärztlich behandelt? Nein Ja
Wenn 'Ja', welche, womit? _____ Wann? Datum: _____
- Z. Hatten Sie **innerhalb der letzten Woche vor Entbindung** (bitte beantworten Sie **alle drei** Unterfragen)
 a) einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt)? Nein Ja

 b) einen kleinen operativen Eingriff? Nein Ja

 c) eine Zahnextraktion? Nein Ja

3. Familienanamnese

- Sind seit dem Ausfüllen des ausführlichen Anamnesefragebogens bei Ihnen, dem Kindsvater oder in der Familie zwischenzeitlich schwerwiegende Erkrankungen festgestellt worden (z. B. bösartige Tumoren/Neoplasien, Leukämie, myeloproliferative Erkrankung, Diabetes, Erkrankung roter Blutzellen, Erkrankung weißer Blutzellen, Erkrankung der Blutplättchen, Speicherkrankheiten, Chromosomenanomalien, schwere Allergien, schweres Asthma, Autoimmunerkrankungen, Erkrankung an oder der Verdacht der Erkrankung an Creutzfeldt-Jakob oder eine Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE)? Nein Ja
Wenn 'Ja', wer und welche Erkrankung? _____

4. Anamnese des/der neugeborenen Babys | bitte Name(n) eintragen

	Baby 1:	Baby 2 (bei Zwillingen):
a) Litt das Kind während oder nach der Geburt an einem schweren Sauerstoffmangel, einer Atemdepression oder einem Atemstillstand ?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
b) Galt das Kind als Frühgeborenes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
c) Litt das Kind nach der Geburt an einer vorgeburtlichen Entwicklungsstörung (mangelnder Ernährungszustand) mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
d) Bestehen beim Kind Hinweise für eine schwere hämatologische, immunologische oder infektiologische Erkrankung? Wenn 'Ja', welche? _____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
e) Wurden beim Kind Fehlbildungen festgestellt? Wenn 'Ja', welche? _____ Ursache? _____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Ich habe den Nachanamnesefragebogen gelesen und verstanden sowie wahrheitsgemäß ausgefüllt. Falls ich noch weitere Fragen habe, werde ich mich an den betreuenden Arzt bzw. die Fachberatung der Vita 34 AG wenden.

Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen nach dem vollständigen Ausfüllen aller Fragen!

X

Datum und Unterschrift der Mutter