VITA34

Bitte persönlich ausfüllen!
Vertrauliche Angaben

Postanschrift

Ärztlicher Leiter | FamiCord AG
Perlickstraße 5
04103 Leipzig
Deutschland

ANAMNESEFRAGEBOGEN

für die Entnahme von Nabelschnurblut/ Nabelschnurgewebe/Plazentagewebe

SOP DO-017.01 | Anlage 1a | Fassung vom **13.07.2026**

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/Plazentagewebe schreiben vor, dass eine sorgfältige Anamnese von Ihnen als werdende Mutter erhoben und unterschrieben werden muss. Die Anamnese ist Bestandteil der Unterlagen bei der FamiCord AG.
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

   ○ Fieber
   ○ Gelbsucht
   ○ Lymphknotenschwellung
   ○ Herzbeschwerden
   ○ Atemwegserkrankung
   ○ Gestose
   ○ Gewichtsverlust
   ○ Husten
   ○ Krampf-/Ohnmachtsanfälle
   ○ Gerinnungsstörungen
   ○ Magen-/Darmerkrankungen
   ○ HELLP-Syndrom
   ○ Nachtschweiß
   ○ Hauterkrankungen
   ○ Durchblutungsstörungen
   ○ Diabetes mit Insulintherapie
   ○ Nieren-/Blasenentzündungen
   ○ 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

   ○ Toxoplasmose
   ○ Hepatitis A
   ○ Borreliose
   ○ Osteomyelitis
   ○ Dengue-Fieber
   ○ Chlamydia trachomatis
   ○ Hepatitis B
   ○ Pilzinfektion
   ○ Q-Fieber
   ○ West-Nil-Fieber
   ○ Cytomegalie
   ○ Hepatitis C
   ○ Gonorrhoe
   ○ Tuberkulose
   ○ Ringelröteln
   ○ HIV-Infektion
   ○ Listeriose
   ○ Salmonella typhi/ paratyphi
   ○ Zika-Virus-Infektion
   ○ Röteln
   ○ Syphilis
   ○ 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

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

   ○ sonstige: _____

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

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01

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 allogen –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 **jemals** eine Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HIV-Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind? ○ Nein ○ Ja
Im Fall von Hepatitis B: Ist die Infektion nachweislich ausgeheilt? **Wenn 'Ja',** wann? Datum: __.__.____ ○ 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 ersonen: 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

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01

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. 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

23. 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: __ __ . __ __ . __ __ __ __

24. 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: __ __ . __ __ . __ __ __ __

25.1 Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen** in einem SARS-Endemiegebiet aufgehalten? ○ Nein ○ Ja

25.2 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: __ __ . __ __ . __ __ __ __

26.1 Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig? Nehmen/Nahmen Sie missbräuchlich Medikamente oder Drogen zu sich? ○ Nein ○ Ja
Wenn 'Ja', welche? _____ Wann? Datum: __ __ . __ __ . __ __ __ __

26.2 Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft? ○ Nein ○ Ja
Wenn 'Ja', wie eingenommen? _____ Wann letztmalig? Datum: __ __ . __ __ . __ __ __ __

27. Haben Sie **jemals** Xenotransplantate (z. B. Organe, Organteile oder Gewebe tierischen Ursprungs) erhalten? ○ Nein ○ Ja
Wenn 'Ja', was? _____ Wann? Datum: __ __ . __ __ . __ __ __ __
Weshalb? _____

28.1 Bestand bei **Ihnen** jemals **der Verdacht** einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder einer Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE ? ○ Nein ○ Ja

28.2 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? _____ ○ Nein ○ Ja
Wenn 'Ja: Wie wurde die Krankheit diagnostiziert? _____

29. Waren Sie jemals oder sind Sie an rheumatischem Fieber erkrankt? ○ Nein ○ Ja
Wenn 'Ja', wann? Datum: __ __ . __ __ . __ __ __ __
Wurden oder werden Sie behandelt? Womit? _____ Wann? Datum: __ __ . __ __ . __ __ __ __ ○ Nein ○ Ja
Ist die Behandlung seit mehr als 2 Jahren abgeschlossen? **Wenn 'Ja'**, seit wann? Datum: __ __ . __ __ . __ __ __ __ ○ Nein ○ Ja
Bestehen bei Ihnen seither Anzeichen für eine chronische Herzerkrankung? ○ Nein ○ Ja

30. 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: __ __ . __ __ . __ __ __ __ ○ Nein ○ Ja
Sind Sie geheilt? **Wenn 'Ja'**, seit wann? Datum: __ __ . __ __ . __ __ __ __ ○ Nein ○ Ja
Waren die regelmäßigen Nachkontrollen unauffällig? ○ Nein ○ Ja

31. Haben Sie für die aktuelle Schwangerschaft im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung **Eizellen und/oder Spermien einer fremden Person** erhalten? ○ Nein ○ Ja

32. Waren Sie jemals der Aufnahme oder der Belastung mit Giften, Schwer- oder Edel-Metallen (wie Zyanid, Blei, Quecksilber, Gold) in bedenklichen oder gesundheitsschädlichen Konzentrationen ausgesetzt? ○ Nein ○ Ja

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01

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!

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

Ich erkläre mich hiermit bereit, der FamiCord 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 bzw. das Plazentagewebe entnommen wird und mir für die notwendigen infektionsserologischen 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!

X

Datum und **Unterschrift der Mutter**

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01