ViTA34

Bitte persönlich ausfüllen!
Vertrauliche Angaben

Postanschrift

Ärztlicher Leiter | FamiCord AG
Perlickstraße 5
04103 Leipzig
Deutschland

NACHANAMNESE

für die Entnahme von Nabelschnurblut/ Nabelschnurgewebe/ Plazentagewebe

SOP DO-017.01 Anlage 2a, Fassung vom 13.07.2026

Wichtiger Hinweis: Sie haben bereits den **ausführlichen Anamnesefragebogen** ausgefüllt. Um die Qualität der Stammzellen aus Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe/Plazentagewebe 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 der FamiCord AG 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-No.: _ _ . _ _ . _ _ . _ _ .0 / _ _ . _ _ . _ _ . _ _ .0

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

- ○ Fieber
- ○ Gelbsucht
- ○ Lymphknotenschwellung
- ○ Herzbeschwerden
- ○ Atemwegserkrankung
- ○ Gestose
- ○ rheumatisches Fieber
- ○ 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? _____

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

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

○ sonstige: _____

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

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01

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: _ _ . _ _ . _ _ _ _ ○ Nein ○ Ja
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 allogen – 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: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01

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
_____

Ergänzungen zum Thema SARS-CoV2

A-A. Hatten Sie in der **letzten Woche vor der Geburt** Kontakt zu einer Person mit einer Atemwegserkrankung? ○ Ja ○ Nein
Wenn 'Ja', handelte es sich um eine bestätigte Infektion mit SARS-CoV2? ○ Ja ○ Nein
Wann war der Kontakt? __.__.____

A-B. Sind bei Ihnen in den **letzten 4 Wochen vor der Geburt** folgende mit einer SARS-CoV2-Infektion assoziierten Symptome aufgetreten? ○ Ja ○ Nein

○ Fieber ○ Atemprobleme ○ Halsschmerzen ○ Durchfallerkrankung
○ Husten ○ Schnupfen ○ Geruchs- und Geschmacksverlust ○ Gliederschmerzen
○ andere: _____

Wenn 'Ja', beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:
Wann traten die Symptome auf? __.__.____ Ausgeheilt/Symptomfrei seit: __.__.____
Wurden Sie ärztlich behandelt? ○ Ja ○ Nein
Welche Diagnose wurde gestellt? _____

A-C. Wurde bei Ihnen in den **letzten 4 Wochen vor der Geburt** ein Test (Antigen- oder PCR-Test) zum Nachweis einer SARS-CoV2-Infektion durchgeführt? ○ Ja ○ Nein
Wenn 'Ja', wann? __.__.____ Testergebnis: ○ pos. ○ neg.

A-D. Wurde das Neugeborene / die Neugeborenen auf eine Infektion mit SARS-CoV2 untersucht? ○ Ja ○ Nein
Wenn 'Ja', wann? __.__.____ Testergebnis: ○ pos. ○ neg.

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01

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 ?	○ Nein ○ Ja	○ Nein ○ Ja
b)	Galt das Kind als Frühgeborenes?	○ Nein ○ Ja	○ Nein ○ Ja
c)	Litt das Kind nach der Geburt an einer vorgeburtlichen Entwicklungsstörung (mangelnder Ernährungszustand) mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g?	○ Nein ○ Ja	○ Nein ○ Ja
d)	Bestehen beim Kind Hinweise für eine schwere hämatologische, immunologische oder infektiologische Erkrankung? **Wenn 'Ja'**, welche? _____	○ Nein ○ Ja	○ Nein ○ Ja
e)	Wurden beim Kind Fehlbildungen festgestellt? **Wenn 'Ja'**, welche? _____ Ursache? _____	○ Nein ○ Ja	○ Nein ○ Ja

Sonstige Anmerkungen zum Zustand des Kindes / der Kinder oder zu den Geburtsumständen:

_____

_____

_____

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 FamiCord AG wenden.

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

X _____

Datum und **Unterschrift der Mutter**

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01