

Postanschrift

Ärztlicher Leiter | Vita 34 AG
Perlickstraße 5
04103 Leipzig
Deutschland

ANAMNESEFRAGEBOGEN für die Entnahme von Nabelschnurblut/ Nabelschnurgewebe

SOP WK-003.16 | Anlage 1a | Fassung vom 15.06.2023

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

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: 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: ____ . ____ . _____ Nein Ja
 Sind Sie geheilt? **Wenn 'Ja'**, seit wann? Datum: ____ . ____ . _____ Nein Ja
 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"/>	
Diabetes • 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"/>	
Erkrankung roter Blutzellen • 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"/>	
Erkrankung weißer Blutzellen • 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"/>	
Erkrankung Blutplättchen • 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"/>	
Speicherkrankheiten • 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"/>	
Chromosomenanomalien • 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