

Postal address

**Medical Director | Vita 34 AG**  
 Perlickstraße 5  
 04103 Leipzig  
 Deutschland

## MEDICAL HISTORY FORM

for collection of umbilical cord blood/tissue

SOP WK-EN-003.16 | Appendix 1a | version dated 15/06/2023

**Anamnesefragebogen für die Entnahme von Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe**

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

**Important notice:** Please answer the following questions on your medical history not earlier than the 29th week of pregnancy. The guidelines for collection of stem cells from umbilical cord blood/tissue require that a thorough medical history is established and signed by you being the mother-to-be. The medical history form is part of the Vita 34 documentation and must be available in case the umbilical cord blood preparation is applied. If you have any questions, our service team will be readily available for consultation on the free phone number **0800 034 00 01**. Thank you for your help.

**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 unter der gebührenfreien Telefonnummer: **0800 034 00 01**. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

### 1. Personal data of the mother-to-be (Please write clearly and fill the form out completely!)

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

Name/maiden name	Name/Geburtsname	First name	Vorname
Street	Straße	ZIP code, place	PLZ/Ort
Date of birth	Geburtsdatum	Telephone number	Telefon

### 2. General medical history of the mother-to-be

Allgemeine Anamnese der werdenden Mutter

**estimated delivery date:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

errechneter Entbindungstermin

1. Did you feel well during the pregnancy and do you feel well now?  No  Yes  
 Fühlten Sie sich bisher während der Schwangerschaft bzw. fühlen Sie sich zurzeit wohl?  
 If 'no', why? \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Nein', weshalb?

2. Do you generally take or did you take any pharmaceuticals during the pregnancy due to an illness or other problems?  No  Yes  
 Nehmen Sie generell, oder nahmen Sie während der Schwangerschaft wegen einer Erkrankung oder sonstigen Auffälligkeiten Medikamente ein?  
 If 'yes', which pharmaceutical, when did you take it, for how long and why? \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann, welche, wie lange und weshalb?

3. Did you take any pharmaceuticals due to a serious disease (e.g. epilepsy, autoimmune diseases) or other problems (e.g. fertility treatment) that already existed before your pregnancy?  No  Yes  
 Nahmen Sie Medikamente wegen einer schwerwiegenden Erkrankung (z. B.: Epilepsie, Autoimmunerkrankungen) oder sonstigen Auffälligkeiten (z. B.: Kinderwunschbehandlung) ein, die bereits vor der Schwangerschaft bestanden?  
 If 'yes', which pharmaceutical, when did you take it, for how long and why? \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann, welche, wie lange und weshalb?

4. Have any problems occurred during your pregnancy? Sind bei Ihnen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten aufgetreten?  No  Yes

<input type="radio"/> Fever Fieber	<input type="radio"/> Gestosis Gestose	<input type="radio"/> Gastrointestinal diseases Magen-/Darmerkrankungen	<input type="radio"/> Diabetes treated with insulin Diabetes mit Insulintherapie
<input type="radio"/> Jaundice Gelbsucht	<input type="radio"/> Loss of weight Gewichtsverlust	<input type="radio"/> HELLP syndrome HELLP-Syndrom	<input type="radio"/> Nephritis/cystitis Nieren-/Blasenentzündungen
<input type="radio"/> Swollen lymph nodes Lymphknotenschwellung	<input type="radio"/> Cough Husten	<input type="radio"/> Night perspiration Nachtschweiß	<input type="radio"/> Unusual bleeding/thromboses ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen
<input type="radio"/> Heart troubles Herzbeschwerden	<input type="radio"/> Seizures/fainting Krampf-/Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Skin diseases Hauterkrankungen	<input type="radio"/> Other: _____ Sonstige
<input type="radio"/> Respiratory diseases Atemwegserkrankung	<input type="radio"/> Coagulation disturbances Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Circulatory disturbances Durchblutungsstörungen	_____

If 'yes', when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann? Datum:

Are you getting any treatment? Since when are you cured? \_\_\_\_\_  
 Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt?

## Confidential information

Bitte persönlich ausfüllen! | Vertrauliche Angaben

5. Has any infection occurred during your pregnancy?  
Ist bei Ihnen eine Infektion in der Schwangerschaft aufgetreten?  No  Yes

- Toxoplasmosis  
Toxoplasmose
- Hepatitis A  
Hepatitis A
- Borreliosis  
Borreliose
- Osteomyelitis  
Osteomyelitis
- Dengue fever  
Dengue-Fieber

- Chlamydia trachomatis  
Chlamydia trachomatis
- Hepatitis B  
Hepatitis B}
- Mycosis  
Pilzinfektion
- Q fever  
Q-Fieber
- West nile fever  
West-Nil-Fieber

- Cytomegalia  
Cytomegalie
- Hepatitis C  
Hepatitis C
- Gonorrhoea  
Gonorrhoe
- Tuberculosis  
Tuberkulose
- Fifth disease  
Ringelröteln

- HIV infection  
HIV-Infektion
- German measles  
Röteln
- Salmonella  
typhi/paratyphi  
Salmonella typhi/  
paratyphi
- Zika virus infection  
Zika-Virus-Infektion

- Listeriosis  
Listeriose
- Syphilis  
Syphilis
- Malaria  
Malaria

Other: \_\_\_\_\_  
Sonstige

If 'yes', when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Wenn 'Ja', wann? Datum

Are you getting any treatment? Since when are you cured? \_\_\_\_\_  
Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt?

6. Have you ever been diagnosed with any infection (disease) or do you know about its presence?  
Wurde bei Ihnen jemals irgendeine Infektion (Krankheit) nachgewiesen bzw. ist eine bekannt?  No  Yes

- HIV infection  
HIV-Infektion
- Osteomyelitis  
Osteomyelitis
- Relapsing fever  
Rückfallfieber
- Syphilis  
Syphilis
- Leishmaniasis  
Leishmaniasis
- West nile fever  
West-Nil Fieber
- Epstein-Barr virus (EBV)  
Epstein-Barr-Virus (EBV)

- HTLV I/II infection  
HTLV I/II-Infektion
- Brucellosis  
Brucellose
- Tularemia  
Tularämie
- Lymphogranuloma  
venereum  
Lymphopathia venerea
- Trypanosomiasis (Chagas  
disease or sleeping sickness)  
Trypanosomiasis  
(Chagas- oder Schlafkrankheit)
- Hepatitis A  
Hepatitis A

- infectious hepatitis of  
unknown etiology  
infektiöse Hepatitis unklarer  
Ätiologie
- Hepatitis C  
Hepatitis C
- Rickettsiosis  
Rickettsiose
- Babesiosis  
Babesiose
- Melioidosis  
Melioidose
- Zika virus infection  
Zika-Virus-Infektion

- Tuberculosis  
Tuberkulose
- Q fever  
Q-Fieber
- Toxoplasmosis  
Toxoplasmose
- Typhus fever and  
other rickettsioses  
Fleckfieber und  
andere Rickettsiosen
- Paratyphoid  
fever/chronic  
salmonellae carrier  
Paratyphus-/  
Salmonellen-  
Dauerausscheider

- Leprosy  
Lepra
- Malaria  
Malaria
- Soft ulcer  
Ulcus molle
- Dengue fever  
Dengue-Fieber

Other: \_\_\_\_\_  
Sonstige

If 'yes', when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Wenn 'Ja', wann? Datum

Are you getting any treatment? Since when are you cured? \_\_\_\_\_  
Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt?

7. Are you **currently** suffering or did you suffer **within the last 4 weeks** from febrile diseases and/or diarrhea of unknown cause? Which disease occurred? \_\_\_\_\_  No  Yes  
Leiden Sie zurzeit bzw. sind in den letzten 4 Wochen fieberhafte Erkrankungen und/oder Durchfallerkrankungen unklarer Ursachen aufgetreten? Was ist aufgetreten?

If 'yes', how are/were you treated? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Wenn 'Ja', wie werden/wurden Sie behandelt? Wann? Datum

8. Did you receive an **anti D prophylaxis** (so-called rhesus prophylaxis) during your pregnancy?  
Haben Sie eine Anti-D-Prophylaxe (sog. Rhesusprophylaxe) in der Schwangerschaft erhalten?  No  Yes

If 'yes', did you take Rhesogam, Rhophylac200, Rhophylac300, Partobulin SDF, or Rhesonativ?  
Wenn 'Ja', haben Sie Rhesogam, Rhophylac200, Rhophylac300, Partobulin SDF oder Rhesonativ erhalten?  No  Yes

Which pharmaceutical did you take? \_\_\_\_\_  
Welches Präparat haben Sie erhalten?

9. Did you have any surgery or major dental treatment **within the last 4 months**?  No  Yes  
Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung?

If 'yes', what kind of? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Wenn 'Ja', welche? Wann? Datum

10. Were any endoscopies/biopsies/catheter applications **except with disposable catheters** performed **within the last 4 months**?  No  Yes  
Wurden bei Ihnen in den letzten 4 Monaten Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern durchgeführt?

If 'yes', why? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Wenn 'Ja', welche? Wann? Datum

## Confidential information

Bitte persönlich ausfüllen! | Vertrauliche Angaben

11. Did you get a rabies vaccination or receive a serum (e.g. against snakebites), cells (e.g. live-cell therapy), or tissue of animal origin **within the last 12 months**?  No  Yes  
 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?  
 If 'yes', why, which pharmaceutical? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', weshalb, welches Präparat? \_\_\_\_\_ Wann? Datum
12. Did you receive a live vaccine (e.g. yellow fever, typhus, German measles, measles, mumps, cholera) **within the last 4 weeks**?  No  Yes  
 Haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Röteln, Masern, Mumps, Cholera) erhalten?  
 If 'yes', which vaccine, why? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', welcher Impfstoff, warum? \_\_\_\_\_ Wann? Datum
13. Have you received a vaccination against **hepatitis B within the last week**?  No  Yes  
 Wurden Sie innerhalb der letzten Woche gegen Hepatitis B geimpft?  
 If 'yes', when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann? Datum
14. Did you suffer from tuberculosis **within the last 2 years**?  No  Yes  
 Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Tuberkulose? If 'yes', when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann? Datum  
 Are you cured? Since when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  No  Yes  
 Sind Sie geheilt? Seit wann? Datum  
 Is the curing medically documented?  No  Yes  
 Ist die Heilung medizinisch dokumentiert?
- 15.1 Were you acupunctured **within the last 4 months**?  No  Yes  
 Wurden Sie in den letzten 4 Monaten akupunktiert? If 'yes', when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann? Datum  
 Was the acupuncture performed under **aseptic conditions with disposable needles**?  No  Yes  
 Wurde die Akupunktur unter aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln durchgeführt?
- 15.2 Have you undergone a measure that injured the skin or the mucosa, like a tattoo, piercing, ear piercing, or cosmetic treatment (e.g. Botox injections, permanent make-up) **within the last 4 months**?  No  Yes  
 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)?  
 If 'yes', which one? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', was? \_\_\_\_\_ Wann? Datum  
 Did you have any unusual troubles? Which ones? \_\_\_\_\_  No  Yes  
 Hatten Sie außergewöhnliche Beschwerden? Welche? \_\_\_\_\_
16. Did you come into contact with another person's blood, e.g. through the mucosa (also the eye) or by injury with an instrument (e.g. injection needle) which was soiled with blood **within the last 4 months**?  No  Yes  
 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?  
 If 'yes', how? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wobei? \_\_\_\_\_ Wann? Datum  
 How did you come into contact with another person's blood? \_\_\_\_\_  
 Wie sind Sie in Berührung mit dem Blut einer anderen Person gekommen? \_\_\_\_\_
17. Did you receive a transplant of human origin, blood components, or plasma derivatives (autologous - own blood and allogenic - foreign donation), except human albumin, **within the last 4 months**?  No  Yes  
 Haben Sie in den letzten 4 Monaten ein Transplantat humanen Ursprungs, Blutkomponenten oder Plasmaderivate (autolog - Eigen- und allogon - Fremdspende), ausgenommen Humanalbumin, erhalten?  
 If 'yes', what did you receive? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', was haben Sie erhalten? \_\_\_\_\_ Wann? Datum
- 18.1 Are you **born** or did you **grow up** (did you stay) in a country that contains malaria-endemic areas?  No  Yes  
 Sind Sie in einem Land, welches Malaria-Endemiegebiete enthält geboren oder aufgewachsen?  
 If 'yes', where (country/region)? \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wo (Land/Region)? \_\_\_\_\_
- 18.2 Did you stay in a malaria-endemic area for **more than 6 months** without interruptions?  No  Yes  
 Haben Sie sich kontinuierlich länger als 6 Monate in einem Malaria-Endemiegebiet aufgehalten?  
 If 'yes', where (country/region)? \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wo (Land/Region)? \_\_\_\_\_  
 When? From: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ to \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wann? Von: \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

## Confidential information

Bitte persönlich ausfüllen! | Vertrauliche Angaben

- 18.3 Have you visited a malaria-endemic area **within the last 6 months**?  No  Yes  
 Haben Sie in den letzten 6 Monaten ein Malaria-Endemiegebiet besucht?  
**If 'yes', where (country/region)?** \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wo (Land/Region)?  
**When? From:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ to \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wann? Von: \_\_ bis \_\_
- 
- 18.4 Did you **ever** suffer from malaria?  No  Yes  
 Hatten Sie jemals eine Malaria?  
**If 'yes', when? Date:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann? Datum  
 Are you cured? Is the curing medically documented? (If available, please enclose proof of cure!)  No  Yes  
 Sind Sie geheilt? Ist die Heilung medizinisch dokumentiert? (Heilungsnachweis wenn möglich bitte beifügen!)
- 
- 19.1 Did you come into intimate contact with persons who belong or must be related to a group\* with an **increased infection risk for hepatitis B, hepatitis C and/or HIV within the last 4 months**?  No  Yes  
 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?
- 
- 19.2 Were you diagnosed with a hepatitis B, hepatitis C or HIV infection, irrespective of whether you have suffered from symptoms?  No  Yes  
 Wurde bei Ihnen eine Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HIV-Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind?
- 
- 19.3 **Do you belong to a group\* with an increased infection risk for hepatitis B, hepatitis C and/or HIV?**  No  Yes  
 Gehören Sie einer Gruppe\* mit erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV an?  
\* The following persons belong to this group: drug addicts, men having sexual intercourse with other men (MSM), heterosexual persons showing sexually risky behavior, e.g. sexual intercourse with often changing partners, male and female prostitutes, prisoners, persons released from prison within the last 4 months, immigrants from countries with high rates of infection with these viruses.  
 \* 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. Did you have the **permanent centre of your life for more than 6 months** in an area, where HBV, HCV, HIV, or HTLV I/II (human T-cell leukemia virus) are comparatively wide-spread (e.g. Africa south of the Sahara, South-east Asia, South America, Caribbean)?  No  Yes  
 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?  
**If 'yes', was your last stay more than 4 months ago?**  No  Yes  
 Wenn 'Ja', liegt der letzte Aufenthalt länger als 4 Monate zurück?  
**Where and how long?** \_\_\_\_\_ **When? Date:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wo und wie lange? \_\_\_\_\_ Wann? Datum
- 
21. Within the last 4 months, did you live with a person in one household, who was diagnosed with e.g. jaundice, hepatitis A, hepatitis B, or hepatitis C?  No  Yes  
 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?  
**If 'yes', who contracted which type of hepatitis?** \_\_\_\_\_ **When? Date:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wer ist an welcher Hepatitis erkrankt? \_\_\_\_\_ Wann? Datum
- 
22. Were you **ever** proved to be infected with hepatitis B (HBV infected)?  No  Yes  
 Wurde bei Ihnen jemals eine Hepatitis B-Infektion (HBV-Infektion) nachgewiesen?  
 Can it be proved that the infection is cured?  No  Yes  
 Ist die Infektion nachweislich ausgeheilt?  
**If 'yes', when? Date:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann? Datum
- 
23. Did you stay, even for a short time, in North America, South America, Mexico, Southern Europe, Southeast Europe, Russia, or in one of the Mediterranean countries in the last **4 weeks** (risk of infection with the West Nile virus)?  No  Yes  
 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)?  
**If 'yes', where (country/region)?** \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wo (Land/Region)?  
**When? From:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ to \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wann? Von: \_\_ bis \_\_  
 Were you suspected of being affected and was a genome test performed?  No  Yes  
 Bestand bei Ihnen der Verdacht einer Erkrankung und wurde eine Genomtestung durchgeführt?

## Confidential information

Bitte persönlich ausfüllen! | Vertrauliche Angaben

24. Did you stay in a Chikungunya fever-endemic area (South and Southeast Asia, China, Saudi Arabia, Yemen, Africa, Mauritius, La Réunion, Caribbean, France, Italy, USA, Middle and South America, Pacific Islands) and did you return from this region not **earlier than two weeks ago**?  No  Yes  
 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?  
 If 'yes', where? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wo? \_\_\_\_\_ Wann? Datum
25. Did you stay, even for a short time, in an endemic area for Zika virus infections (South and Middle America, Caribbean, Florida, Cape Verde, Senegal, Guinea-Bissau, Cameroon, Gabon, Maldives, South-east Asia, Oceania, Pacific Islands) **within the last 4 weeks**?  No  Yes  
 Haben Sie sich 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?
- 26.1 Did you stay in a SARS-endemic area **within the last 4 weeks**?  No  Yes  
 Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen in einem SARS-Endemiegebiet aufgehalten?
- 26.2 Did you stay in another endemic area defined by the WHO where transmissions already were established **within the last 4 weeks**?  No  Yes  
 Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen in einem anderen von der WHO definierten Endemiegebiet, von dem bereits Übertragungen ausgegangen sind, aufgehalten?  
 If 'yes', where? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wo? \_\_\_\_\_ Wann? Datum
- 27.1 Are or were you alcohol-addicted, medical drug addicted or drug-addicted? Do/did you abuse medical drugs or drugs?  No  Yes  
 Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig? Nehmen/Nahmen Sie missbräuchlich Medikamente oder Drogen zu sich?  
 If 'yes', which ones? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', welche? \_\_\_\_\_ Wann? Datum
- 27.2 Do/did you abuse medical drugs or drugs during pregnancy?  No  Yes  
 Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft?  
 If 'yes', how applied? \_\_\_\_\_ When ultimately? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wie eingenommen? \_\_\_\_\_ Wann letztmalig? Datum
28. Did you **ever** receive xenografts (e.g. organs, parts of organs, or tissue of animal origin)?  No  Yes  
 Haben Sie jemals Xenotransplantate (z. B. Organe, Organteile oder Gewebe tierischen Ursprungs) erhalten?  
 If 'yes', what kind of? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', was? \_\_\_\_\_ Wann? Datum  
 Why? \_\_\_\_\_  
 Weshalb?
- 29.1 Were you ever **suspected** of suffering from a Creutzfeldt-Jakob disease or a variant of this disease or another TSE?  No  Yes  
 Bestand bei Ihnen jemals der Verdacht einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder einer Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE?
- 29.2 Did you or one or more of your blood relatives suffer from a Creutzfeldt-Jakob disease or a variant of this disease or another TSE?  No  Yes  
 Ist bei Ihnen oder einem oder mehreren ihrer Blutsverwandten eine Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder eine Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE aufgetreten?  
 Who? \_\_\_\_\_  
 Bei wem?  
 If 'yes', how was the condition diagnosed? \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wie wurde die Krankheit diagnostiziert?
30. Were you ever or are you suffering from rheumatic fever?  No  Yes  
 Waren Sie jemals oder sind Sie an rheumatischem Fieber erkrankt?  
 If 'yes', when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', wann? Datum  
 Were or are you getting treatment? How? \_\_\_\_\_ When? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Wurden oder werden Sie behandelt? Womit? \_\_\_\_\_ Wann? Datum  
 Has the treatment been completed for more than 2 years? If 'yes', since when? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Ist die Behandlung seit mehr als 2 Jahren abgeschlossen? Wenn 'Ja', seit wann? Datum  
 Do you show symptoms of a chronic heart disease since then?  No  Yes  
 Bestehen bei Ihnen seither Anzeichen für eine chronische Herzerkrankung?  No  Yes

## Confidential information

Bitte persönlich ausfüllen! | Vertrauliche Angaben

31. Are or were you suffering from malignant tumors or hematopoietic disturbances?  No  Yes  
 Leiden oder litten Sie an einer bösartigen Tumorerkrankung oder Blutbildungsstörung?

If 'yes', when? Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Which one? \_\_\_\_\_  
 Wenn 'Ja', Datum Woran?

How were you treated? \_\_\_\_\_  
 Wie wurden Sie behandelt?

Has the treatment been completed?  No  Yes  
 Ist die Behandlung abgeschlossen?

Are you cured?  No  Yes  
 Sind Sie geheilt?

Did the regular check-ups result in normal findings?  No  Yes  
 Waren die regelmäßigen Nachkontrollen unauffällig?

32. With regard to your current pregnancy, were you treated with **donated egg cells or sperm cells** of a unknown Person within the scope of fertilization treatment?  No  Yes  
 Haben Sie für die aktuelle Schwangerschaft im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung Eizellen und/oder Spermien einer fremden Person erhalten?

33. Have **you or your husband** or one of your **family members** suffered from one of the **diseases/syndromes** listed below?  No  Yes  
 Ist bei Ihnen, Ihrem Mann oder in Ihrer Familie eine der unten genannten Erkrankungen/Syndrome aufgetreten?

If 'yes', which family member contracted which disease/syndrome (you, the father, your children, etc.)?  
 Please indicate for each case, whether it is an individual case or an accumulation within the family!  
 Wenn 'Ja', welches Familienmitglied ist/war woran erkrankt (Sie, Kinsvater, Ihre Kinder etc.)?  
 Bitte geben Sie jeweils an, ob es sich um einen Einzelfall oder um eine familiäre Häufung handelt!

Known disease/syndrome Bekannte(s) Krankheit/Syndrom	Mother-to-be werdende Mutter	Father-to-be werdender Vater	Siblings-to-be werdende Geschwister	Grandparents-to-be werdende Großeltern	Diagnosis/remark (when, who, therapy) Diagnose / Bemerkung (wann, wer, Therapie)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Malignant tumors/neoplasia</b> bösartige Tumoren/Neoplasien</li> <li>• <b>Leukemia</b> Leukämie</li> <li>• <b>Myeloproliferative disease</b> Myeloproliferative Erkrankung</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diabetes</b> Diabetes</li> <li>• <b>Type I</b> Typ I</li> <li>• <b>Type II</b> Typ II</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Start of disease/age</b> Beginn der Erkrankung/Alter</li> </ul>	_____	_____	_____	_____	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medical condition of red blood cells</b> Erkrankung roter Blutzellen</li> <li>• <b>Sickle cell disease</b> Sichelzellerkrankung</li> <li>• <b>Thalassemia</b> Thalassämie</li> <li>• <b>Fanconi's anemia</b> Fanconi-Anämie</li> <li>• <b>Spherocytosis</b> Sphärozytose</li> <li>• <b>Elliptocytosis</b> Elliptocytose</li> <li>• <b>Blackfan Diamond anemia</b> Blackfan-Diamond-Anämie</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Known disease/syndrome Bekannt(e)s Krankheit/Syndrom	Mother-to-be werdende Mutter	Father-to-be werdender Vater	Siblings-to-be werdende Geschwister	Grandparents-to-be werdende Großeltern	Diagnosis/remark (when, who, therapy) Diagnose / Bemerkung (wann, wer, Therapie)
<b>Medical condition of white blood cells</b> Erkrankung weißer Blutzellen					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SCID (Severe Combined Immunodeficiency)</b> SCID (Severe Combined Immunodeficiency)</li> <li>• <b>Chronic granulomatosis</b> Chron. Granulomatose</li> <li>• <b>Ataxia teleangiectasia</b> Ataxia teleangiectasia</li> <li>• <b>Agammaglobulinemia</b> Agammaglobulinämie</li> <li>• <b>Wiskott-Aldrich syndrome</b> Wiskott-Aldrich-Syndrom</li> <li>• <b>Nézelof syndrome</b> Nézelof-Syndrom</li> <li>• <b>ADA or PNP deficiency</b> ADA- oder PNP-Mangel</li> <li>• <b>DiGeorge syndrome</b> DiGeorge-Syndrom</li> </ul>	<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"/> <input type="radio"/>	
<b>Medical condition of platelets</b> Erkrankung Blutplättchen					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Glanzmann-Naegeli syndrome</b> Glanzmann-Naegeli-Syndrom</li> <li>• <b>Hereditary thrombocytopenia</b> Hereditäre Thrombozytopenie</li> <li>• <b>Hereditary telangiectasis</b> Hereditäre Teleangiektasien</li> <li>• <b>Storage Pool disease</b> Storage-Pool-Syndrom</li> </ul>	<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>Accumulation diseases</b> Speicherkrankheiten					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Leukodystrophias</b> Leukodystrophien</li> <li>• <b>Tay Sachs disease</b> Tay-Sachs-Syndrom</li> <li>• <b>Gaucher's disease</b> Gaucher Krankheit</li> <li>• <b>Hurler syndrome</b> Hurler-Syndrom</li> <li>• <b>Hunter syndrome</b> Hunter-Syndrom</li> <li>• <b>Sanfilippo syndrome</b> Sanfilippo-Syndrom</li> </ul>	<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>Chromosome abnormalities</b> Chromosomenanomalien					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ulrich-Turner syndrome</b> Ulrich-Turner-Syndrom</li> <li>• <b>Trisomy 21</b> Trisomie 21</li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Allergies – severe forms (e.g. Quincke's edema requiring treatment)</b> Allergien – schwere Verlaufsformen, (z. B. behandlungsbedürftiges Quincke-Ödem)</li> <li>• <b>Asthma – severe bronchial asthma</b> Asthma – schweres Asthma bronchiale</li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hereditary skin diseases</b> Erbliche Hauterkrankungen</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autoimmune diseases (e.g. rheumatism, multiple sclerosis)</b> Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheuma, Multiple Sklerose)</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Muscular dystrophy</b> Muskeldystrophie</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alport syndrome</b> Alport-Syndrom</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Others</b> Andere</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Confidential information**

Bitte persönlich ausfüllen! | Vertrauliche Angaben

I herewith agree to inform the Vita 34 AG immediately in writing if me or my child should suffer from any infectious disease that can be transmitted by blood contact within 12 months after the birth (e.g. Hepatitis B, Hepatitis C, or HIV) or respectively one of the above listed diseases or a genetically caused disease is detected with my child. I furthermore agree that umbilical cord blood and where required cord tissue is withdrawn and a blood sample taken from me at the time of birth (± 48 h) in order to perform the required infectious serology examinations (including HIV).

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.

By signing this form, I confirm that

- I have read and understood the provided information material,
- I took note of the information on the protection of medical data,
- I had the opportunity to ask questions,
- I received satisfactory answers to the questions asked,
- I am aware of the fact that incomplete or untruthful data may lead to serious health conditions of the recipients of stem cells,
- I provided the information to the best of my knowledge and belief.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift,

- dass das zur Verfügung gestellte Aufklärungsmaterial gelesen und verstanden wurde,
- dass die Informationen zum Schutz der medizinischen Daten von mir zur Kenntnis genommen wurden,
- dass ich Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen,
- dass ich zufriedenstellende Antworten auf gestellte Fragen erhalten habe,
- dass ich mir bewusst bin, 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.

**Please sign the medical history form after having answered all the questions and sub-questions!**

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



Date and signature of the mother  
Datum und Unterschrift der Mutter