

Postanschrift

Ärztlicher Leiter • Vita 34 AG
Perlickstraße 5
04103 Leipzig
Deutschland

Anamnesefragebogen für die Entnahme von Nabelschnurblut/ Nabelschnurgewebe

SOP WK-003.13 - Anlage 1, Fassung vom **15.11.2018**

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. 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? Wenn „Nein“, weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja				
2.	Nehmen Sie generell, oder nahmen Sie während der Schwangerschaft wegen einer Erkrankung oder sonstigen Auffälligkeiten Medikamente ein? Wenn „Ja“ , wann, welche, wie lange und weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja				
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? Wenn „Ja“ , wann, welche, wie lange und weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja				
4.	Sind bei Ihnen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten aufgetreten? <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung <input type="checkbox"/> Gestose <input type="checkbox"/> sonstige: _____ Wenn „Ja“ , wann? Datum: __. __. ____ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? _____	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Krampf-/Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> HELLP-Syndrom	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Diabetes mit Insulintherapie <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasenentzündungen <input type="checkbox"/> ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
5.	Ist bei Ihnen eine Infektion in der Schwangerschaft aufgetreten? <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber <input type="checkbox"/> sonstige: _____ Wenn „Ja“ , wann? Datum: __. __. ____ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? _____	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Pilzinfektion <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> West-Nil-Fieber	<input type="checkbox"/> Cytomegalie <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Gonorrhoe <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Ringelröteln	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Listeriose <input type="checkbox"/> Salmonella typhi/paratyphi <input type="checkbox"/> Zika-Virus-Infektion	<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
6.	Wurde bei Ihnen jemals irgendeine Infektion (Krankheit) nachgewiesen bzw. ist eine bekannt? <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Leishmaniasis <input type="checkbox"/> West-Nil Fieber <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus (EBV) <input type="checkbox"/> sonstige: _____ Wenn „Ja“ , wann? Datum: __. __. ____ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? _____	<input type="checkbox"/> HTLV I/II-Infektion <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Tularämie <input type="checkbox"/> Lymphopathia venerea <input type="checkbox"/> Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit) <input type="checkbox"/> infektiöse Hepatitis unklarer Ätiologie	<input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Rickettsiose <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Melioidose <input type="checkbox"/> Zika-Virus-Infektion	<input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Fleckfieber und andere Rickettsiosen <input type="checkbox"/> Paratyphus-/Salmonellen-Dauerausscheider	<input type="checkbox"/> Lepra <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Ulcus molle <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01 (A/CH: 00800 034 000 00)

7.	Leiden Sie zurzeit bzw. sind in den letzten 4 Wochen fieberhafte Erkrankungen und/oder Durchfallerkrankungen unklarer Ursachen aufgetreten? Was ist aufgetreten? _____ Wenn „Ja“ , wie werden/wurden Sie behandelt? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
8.	Haben Sie eine Anti-D-Prophylaxe (sog. Rhesusprophylaxe) in der Schwangerschaft erhalten? Wenn „Ja“ , haben Sie Rhesogam, Rhophylac200, Rhophylac300, Partobulin SDF oder Rhesonativ erhalten? Welches Präparat haben Sie erhalten? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja
9.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung? Wenn „Ja“ , welche? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
10.	Wurden bei Ihnen in den letzten 4 Monaten Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern durchgeführt? Wenn „Ja“ , warum? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
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? Wenn „Ja“ , weshalb, welches Präparat? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
12.	Haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Röteln, Masern, Mumps, Cholera) erhalten? Wenn „Ja“ , welcher Impfstoff, warum? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
13.	Wurden Sie innerhalb der letzten Woche gegen Hepatitis B geimpft? Wenn „Ja“ , wann? _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
14.	Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Tuberkulose? Wenn „Ja“ , wann? Datum: _____._____ Sind Sie geheilt? Seit wann? Datum: _____._____ Ist die Heilung medizinisch dokumentiert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja
15.1	Wurden Sie in den letzten 4 Monaten akupunktiert? Wenn „Ja“ , wann? Datum: _____._____ Wurde die Akupunktur unter aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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)? Wenn „Ja“ , was? _____ Wann? Datum: _____._____ Hatten Sie außergewöhnliche Beschwerden? Welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? Wenn „Ja“ , wobei? _____ Wann? Datum: _____._____ Wie sind Sie in Berührung mit dem Blut einer anderen Person gekommen? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
17.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten ein Transplantat humanen Ursprungs, Blutkomponenten oder Plasma-derivate (autolog – Eigen- und allogene – Fremdspende), ausgenommen Humanalbumin, erhalten? Wenn „Ja“ , was haben Sie erhalten? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
18.1	Sind Sie in einem Land, welches Malaria-Endemiegebiete enthält geboren oder aufgewachsen ? Wenn „Ja“ , wo (Land/Region): _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
18.2	Haben Sie sich kontinuierlich länger als 6 Monate in einem Malaria-Endemiegebiet aufgehalten? Wenn „Ja“ , wo? (Land/Region): _____ Wann? Von: _____._____ bis _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
18.3	Haben Sie in den letzten 6 Monaten ein Malaria-Endemiegebiet besucht? Wenn „Ja“ , wo (Land/Region): _____ Wann? Von: _____._____ bis _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
18.4	Hatten Sie jemals eine Malaria? Wenn „Ja“ , wann? Datum _____._____ Sind Sie geheilt? Ist die Heilung medizinisch dokumentiert? (Heilungsnachweis wenn möglich bitte beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
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?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
19.2	Wurde bei Ihnen eine Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HIV-Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
19.3	Gehören Sie einer Gruppe* mit erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV an? * 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	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01 (A/CH: 00800 034 000 00)

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? Wenn „Ja“: Liegt der letzte Aufenthalt länger als 4 Monate zurück? Wo und wie lange? _____ Wann? Datum: _____. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
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? Wenn „Ja“ , wer ist an welcher Hepatitis erkrankt? _____ Wann? Datum: _____. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
22.	Wurde bei Ihnen jemals eine Hepatitis B-Infektion (HBV-Infektion) nachgewiesen? Ist die Infektion nachweislich ausgeheilt? Wenn „Ja“ , wann? Datum: _____. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
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)? Wenn „Ja“ , wo (Land/Region): _____ Wann? Von: _____. ____ bis _____. ____ Bestand bei Ihnen der Verdacht einer Erkrankung und wurde eine Genomtestung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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? Wenn „Ja“ , wo? _____ Wann? Datum: _____. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
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? Wenn „Ja“ , wo? _____ Wann? Datum: _____. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
26.1	Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen in einem SARS-Endemiegebiet aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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? Wenn „Ja“ , wo? _____ Wann? Datum: _____. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
27.1	Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig? Nehmen/Nahmen Sie missbräuchlich Medikamente oder Drogen zu sich? Wenn „Ja“ , welche? _____ Wann? Datum: _____. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
27.2	Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft? Wenn „Ja“ , wie eingenommen? _____ Wann letztmalig? Datum: _____. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
28.	Haben Sie jemals Xenotransplantate (z. B. Organe, Organteile oder Gewebe tierischen Ursprungs) erhalten? Wenn „Ja“ , was? _____ Wann? Datum: _____. ____ Weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
29.1	Bestand bei Ihnen jemals der Verdacht einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder einer Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
30.	Waren Sie jemals oder sind Sie an rheumatischem Fieber erkrankt? 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?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
31.	Leiden oder litten Sie an einer bösartigen Tumorerkrankung oder Blutbildungsstörung? Wenn „Ja“ , Datum: _____. ____ woran? _____ Wie wurden Sie behandelt? _____ Ist die Behandlung abgeschlossen? Wenn „Ja“ , seit wann? Datum: _____. ____ Sind Sie geheilt? Wenn „Ja“ , seit wann? Datum: _____. ____ Waren die regelmäßigen Nachkontrollen unauffällig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
32.	Haben Sie für die aktuelle Schwangerschaft im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung Eizellen und/oder Spermien einer fremden Person erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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, Kinsvater, 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Diabetes • Typ I • Typ II Beginn der Erkrankung/Alter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Erkrankung roter Blutzellen • Sichelzellerkrankung • Thalassämie • Fanconi-Anämie • Sphärozytose • Elliptocytose • Blackfan-Diamond-Anämie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Erkrankung Blutplättchen • Glanzmann-Naegeli-Syndrom • Hereditäre Thrombozytopenie • Hereditäre Teleangiectasien • Storage-Pool-Syndrom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Speicherkrankheiten • Leukodystrophien • Tay-Sachs-Syndrom • Gaucher Krankheit • Hurler-Syndrom • Hunter-Syndrom • Sanfilippo-Syndrom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Chromosomenanomalien • Ullrich-Turner-Syndrom • Trisomie 21	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• Allergien – schwere Verlaufsformen, z. B. behandlungsbedürftiges Quincke-Ödem • Asthma – schweres Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• Erbliche Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheuma, Multiple Sklerose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Muskeldystrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Alport-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01 (A/CH: 00800 034 000 00)

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,
 • 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.

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

X

Datum und Unterschrift der Mutter