

Postanschrift

Ärztlicher Leiter • Vita 34 AG
Perlickstraße 5
04103 Leipzig
Deutschland

Nachanamnese für die Entnahme von Nabelschnur- blut/Nabelschnurgewebe

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

Wichtiger Hinweis: Sie haben bereits den **ausführlichen Anamnesefragebogen** ausgefüllt. Um die Qualität der Stammzellen aus Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe 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 Vita 34 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-Nr.

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? Wenn „Ja“ , wann, welche, wie lange und weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
B.	Sind bei Ihnen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten aufgetreten? <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Nachtschweiß <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> Krampf-/Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Diabetes mit Insulintherapie <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasenentzündungen <input type="checkbox"/> Gestose <input type="checkbox"/> HELLP-Syndrom <input type="checkbox"/> ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen <input type="checkbox"/> rheumatisches Fieber <input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Wenn „Ja“ , wann? Datum: __. __. ____ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? _____	
C.	Ist bei Ihnen eine Infektion in der Schwangerschaft aufgetreten? <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Cytomegalie <input type="checkbox"/> Ringelröteln <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> HTLV I/II-Infektion <input type="checkbox"/> Lepra <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Pilzinfektion <input type="checkbox"/> Gonorrhoe <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Q-Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Salmonella typhi/paratyphi <input type="checkbox"/> Tularämie <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber <input type="checkbox"/> West-Nil-Fieber <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Rickettsiose <input type="checkbox"/> Trypanosomiasis <input type="checkbox"/> Ulcus molle <input type="checkbox"/> Lymphopathia venerea <input type="checkbox"/> Melioidose <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> infektiöse Hepatitis <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus (EBV) <input type="checkbox"/> Fleckfieber und andere Rickettsiosen <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Listeriose <input type="checkbox"/> Zika-Virus-Infektion <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Wenn „Ja“ , wann? Datum: __. __. ____ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? _____	
D.	Litten Sie in den letzten 4 Wochen vor Entbindung an fieberhaften Erkrankungen und/oder an Durchfallerkrankungen unklarer Ursachen? Was ist aufgetreten? _____ Wenn „Ja“ , wie werden/wurden Sie behandelt? _____ Wann? Datum: __. __. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
E.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten vor Entbindung eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung? Wenn „Ja“ , welche? _____ Wann? Datum: __. __. ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

F.	Wurden bei Ihnen in den letzten 4 Monaten vor Entbindung Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern durchgeführt? Wenn „Ja“ , warum? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
G.	Haben Sie in den letzten 4 Wochen vor Entbindung 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
H.	Wurden Sie in den letzten 4 Monaten vor Entbindung akupunktiert? Wenn „Ja“ , wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	Wurde die Akupunktur unter aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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. Botox-spritzen, Permanent Make-up)? Wenn „Ja“ , was? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	Hatten Sie außergewöhnliche Beschwerden? Welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
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)? Wenn „Ja“ , weshalb, welches Präparat? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
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? Wenn „Ja“ , wobei? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	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 allogene – Fremdspende), ausgenommen Humanalbumin, erhalten? Wenn „Ja“ , was haben Sie erhalten? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
M.	Haben Sie in den letzten 6 Monaten vor Entbindung ein Malaria-Endemiegebiet besucht? Wenn „Ja“ , wo (Land/Region): _____ Wann? Von: _____._____ bis _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
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?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
O.	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
P.	Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig? Wenn „Ja“ , welche? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Q.	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
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? Wenn „Ja“ : Liegt der letzte Aufenthalt länger als 4 Monate vor Entbindung zurück? Wo und wie lange? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
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? Wenn „Ja“ , wer ist an welcher Hepatitis erkrankt? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
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)? Wenn „Ja“ , wo (Land/Region): _____ Wann? Von: _____._____ bis _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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? Wenn „Ja“ , wo? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
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? Wenn „Ja“ , wo? _____ Wann? Datum: _____._____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
W.	Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen vor Entbindung in einem SARS- Endemiegebiet aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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? Wenn „Ja“ , wo? _____ Wann? Datum: _ . _ . _ . _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Y.	Wurden Sie innerhalb der letzten Monate vor Entbindung wegen einer Erkrankung ärztlich behandelt? Wenn „Ja“ , welche, womit? _____ Wann? Datum: _ . _ . _ . _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Z.	Hatten Sie innerhalb der letzten Woche vor Entbindung (bitte beantworten Sie alle drei Unterfragen)		
	a) einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	b) einen kleinen operativen Eingriff?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	c) eine Zahnextraktion?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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: _____
(nur bei Zwillingen)

a)	Litt das Kind während oder nach der Geburt an einem schweren Sauerstoffmangel, einer Atemdepression oder einem Atemstillstand ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
b)	Galt das Kind als Frühgeborenes?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
c)	Litt das Kind nach der Geburt an einer vorgeburtlichen Entwicklungsstörung (mangelnder Ernährungszustand) mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
d)	Bestehen beim Kind Hinweise für eine schwere hämatologische, immunologische oder infektiologische Erkrankung? Wenn „Ja“ , welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
e)	Wurden beim Kind Fehlbildungen festgestellt? Wenn „Ja“ , welche? _____ Ursache? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

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 Vita 34 AG wenden.

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

X

Datum und Unterschrift der Mutter