

Postal address

Medical Director | FamiCord AG
 Perlickstraße 5
 04103 Leipzig
 Deutschland

MEDICAL HISTORY FORM

for collection of umbilical cord blood/tissue

SOP WK-EN-003.17 | Appendix 1a | version dated **03.02.2025**

Anamnesefragebogen für die Entnahme von Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe

SOP WK-003.17 | Anlage 1a | Fassung vom **03.02.2025**

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 FamiCord AG 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 der FamiCord AG. 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

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> Toxoplasmosis
Toxoplasmose | <input type="radio"/> Chlamydia trachomatis
Chlamydia trachomatis | <input type="radio"/> Cytomegalia
Cytomegalie | <input type="radio"/> HIV infection
HIV-Infektion | <input type="radio"/> Listeriosis
Listeriose |
| <input type="radio"/> Hepatitis A
Hepatitis A | <input type="radio"/> Hepatitis B
Hepatitis B} | <input type="radio"/> Hepatitis C
Hepatitis C | <input type="radio"/> German measles
Röteln | <input type="radio"/> Syphilis
Syphilis |
| <input type="radio"/> Borreliosis
Borreliose | <input type="radio"/> Mycosis
Pilzinfektion | <input type="radio"/> Gonorrhoea
Gonorrhoe | <input type="radio"/> Salmonella
typhi/paratyphi | <input type="radio"/> Malaria
Malaria |
| <input type="radio"/> Osteomyelitis
Osteomyelitis | <input type="radio"/> Q fever
Q-Fieber | <input type="radio"/> Tuberculosis
Tuberkulose | <input type="radio"/> Zika virus infection
Zika-Virus-Infektion | |
| <input type="radio"/> Dengue fever
Dengue-Fieber | <input type="radio"/> West nile fever
West-Nil-Fieber | <input type="radio"/> Fifth disease
Ringelröteln | | |
| <input type="radio"/> 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

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> HIV infection
HIV-Infektion | <input type="radio"/> HTLV I/II infection
HTLV I/II-Infektion | <input type="radio"/> infectious hepatitis of
unknown etiology
infektiöse Hepatitis unklarer
Ätiologie | <input type="radio"/> Tuberculosis
Tuberkulose | <input type="radio"/> Leprosy
Lepra |
| <input type="radio"/> Osteomyelitis
Osteomyelitis | <input type="radio"/> Brucellosis
Brucellose | <input type="radio"/> Hepatitis C
Hepatitis C | <input type="radio"/> Q fever
Q-Fieber | <input type="radio"/> Malaria
Malaria |
| <input type="radio"/> Relapsing fever
Rückfallfieber | <input type="radio"/> Tularemia
Tularämie | <input type="radio"/> Rickettsiosis
Rickettsiose | <input type="radio"/> Toxoplasmosis
Toxoplasmose | <input type="radio"/> Soft ulcer
Ulcus molle |
| <input type="radio"/> Syphilis
Syphilis | <input type="radio"/> Lymphogranuloma
venereum
Lymphopathia venerea | <input type="radio"/> Babesiosis
Babesiose | <input type="radio"/> Typhus fever and
other rickettsioses
Fleckfieber und
andere Rickettsiosen | <input type="radio"/> Dengue fever
Dengue-Fieber |
| <input type="radio"/> Leishmaniasis
Leishmaniasis | <input type="radio"/> Trypanosomiasis (Chagas
disease or sleeping sickness)
Trypanosomiasis
(Chagas- oder Schlafkrankheit) | <input type="radio"/> Melioidosis
Melioidose | <input type="radio"/> Paratyphoid
fever/chronic
salmonellae carrier
Paratyphus-/
Salmonellen-
Dauerausscheider | |
| <input type="radio"/> West nile fever
West-Nil Fieber | <input type="radio"/> Hepatitis A
Hepatitis A | <input type="radio"/> Zika virus infection
Zika-Virus-Infektion | | |
| <input type="radio"/> Epstein-Barr virus (EBV)
Epstein-Barr-Virus (EBV) | | | | |
| <input type="radio"/> 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? No Yes

Wenn 'Ja', haben Sie Rhesogam, Rhophylac200, Rhophylac300, Partobulin SDF oder Rhesonativ erhalten?

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"> • Malignant tumors/neoplasia bösartige Tumoren/Neoplasien • Leukemia Leukämie • Myeloproliferative disease Myeloproliferative Erkrankung 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Diabetes • Type I Typ I • Type II Typ II 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Start of disease/age Beginn der Erkrankung/Alter 	_____	_____	_____	_____	
<ul style="list-style-type: none"> • Medical condition of red blood cells Erkrankung roter Blutzellen • Sickle cell disease Sichelzellerkrankung • Thalassemia Thalassämie • Fanconi's anemia Fanconi-Anämie • Spherocytosis Sphärozytose • Elliptocytosis Elliptocytose • Blackfan Diamond anemia Blackfan-Diamond-Anämie 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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)
Medical condition of white blood cells Erkrankung weißer Blutzellen					
<ul style="list-style-type: none"> • SCID (Severe Combined Immunodeficiency) SCID (Severe Combined Immunodeficiency) • Chronic granulomatosis Chron. Granulomatose • Ataxia teleangiectasia Ataxia teleangiectasia • Agammaglobulinemia Agammaglobulinämie • Wiskott-Aldrich syndrome Wiskott-Aldrich-Syndrom • Nézelof syndrome Nézelof-Syndrom • ADA or PNP deficiency ADA- oder PNP-Mangel • DiGeorge syndrome 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"/>	
Medical condition of platelets Erkrankung Blutplättchen					
<ul style="list-style-type: none"> • Glanzmann-Naegeli syndrome Glanzmann-Naegeli-Syndrom • Hereditary thrombocytopenia Hereditäre Thrombozytopenie • Hereditary telangiectasis Hereditäre Teleangiektasien • Storage Pool disease 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"/>	
Accumulation diseases Speicherkrankheiten					
<ul style="list-style-type: none"> • Leukodystrophias Leukodystrophien • Tay Sachs disease Tay-Sachs-Syndrom • Gaucher's disease Gaucher Krankheit • Hurler syndrome Hurler-Syndrom • Hunter syndrome Hunter-Syndrom • Sanfilippo syndrome 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"/>	
Chromosome abnormalities Chromosomenanomalien					
<ul style="list-style-type: none"> • Ulrich-Turner syndrome Ulrich-Turner-Syndrom • Trisomy 21 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"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Allergies – severe forms (e.g. Quincke's edema requiring treatment) Allergien – schwere Verlaufsformen, (z. B. behandlungsbedürftiges Quincke-Ödem) • Asthma – severe bronchial asthma Asthma – schweres Asthma bronchiale 	<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"> • Hereditary skin diseases Erbliche Hauterkrankungen 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Autoimmune diseases (e.g. rheumatism, multiple sclerosis) Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheuma, Multiple Sklerose) 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Muscular dystrophy Muskeldystrophie 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Alport syndrome Alport-Syndrom 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Others Andere 	<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 FamiCord 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 (\pm 48 h) in order to perform the required infectious serology examinations (including HIV).

Ich erkläre mich hiermit bereit, der FamiCord 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 (\pm 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