

Postanschrift

Ärztlicher Leiter | Vita 34 AG  
Perlickstraße 5  
04103 Leipzig  
Deutschland

## NACHANAMNESE für die Entnahme von Nabelschnurblut/ 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?  Nein  Ja

Wenn 'Ja', wann, welche, wie lange und weshalb? \_\_\_\_\_

B. Sind bei Ihnen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten aufgetreten?  Nein  Ja

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Fieber                | <input type="radio"/> Gewichtsverlust          | <input type="radio"/> Hauterkrankungen                   |
| <input type="radio"/> Gelbsucht             | <input type="radio"/> Husten                   | <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen             |
| <input type="radio"/> Lymphknotenschwellung | <input type="radio"/> Krampf-/Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Diabetes mit Insulintherapie       |
| <input type="radio"/> Herzbeschwerden       | <input type="radio"/> Gerinnungsstörungen      | <input type="radio"/> Nieren-/Blasenentzündungen         |
| <input type="radio"/> Atemwegserkrankung    | <input type="radio"/> Magen-/Darmerkrankungen  | <input type="radio"/> ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen |
| <input type="radio"/> Gestose               | <input type="radio"/> HELLP-Syndrom            |  |
| <input type="radio"/> rheumatisches Fieber  | <input type="radio"/> Nachtschweiß             |  |

sonstige: \_\_\_\_\_

Wenn 'Ja', wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt? \_\_\_\_\_

C. Ist bei Ihnen eine Infektion in der Schwangerschaft aufgetreten?  Nein  Ja

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Toxoplasmose          | <input type="radio"/> Epstein-Barr-Virus (EBV)           | <input type="radio"/> Rickettsiose        |
| <input type="radio"/> Hepatitis A           | <input type="radio"/> Zika-Virus-Infektion               | <input type="radio"/> Leishmaniose        |
| <input type="radio"/> Borreliose            | <input type="radio"/> Cytomegalie                        | <input type="radio"/> Syphilis            |
| <input type="radio"/> Osteomyelitis         | <input type="radio"/> Hepatitis C                        | <input type="radio"/> Röteln              |
| <input type="radio"/> Dengue-Fieber         | <input type="radio"/> Pilzinfektion                      | <input type="radio"/> HTLV I/II-Infektion |
| <input type="radio"/> Ulcus molle           | <input type="radio"/> Tuberkulose                        | <input type="radio"/> Rückfallfieber      |
| <input type="radio"/> infektiöse Hepatitis  | <input type="radio"/> Brucellose                         | <input type="radio"/> Tularämie           |
| <input type="radio"/> Chlamydia trachomatis | <input type="radio"/> Melioidose                         | <input type="radio"/> Trypanosomiasis     |
| <input type="radio"/> Hepatitis B           | <input type="radio"/> Fleckfieber / andere Rickettsiosen | <input type="radio"/> Malaria             |
| <input type="radio"/> Lepra                 | <input type="radio"/> Ringelröteln                       | <input type="radio"/> Listeriose          |
| <input type="radio"/> Q-Fieber              | <input type="radio"/> HIV-Infektion                      | <input type="radio"/> Babesiose           |
| <input type="radio"/> West-Nil-Fieber       | <input type="radio"/> Gonorrhoe                          |   |
| <input type="radio"/> Lymphopathia venerea  | <input type="radio"/> Salmonella typhi/paratyphi         |   |

sonstige: \_\_\_\_\_

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?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wie werden/wurden Sie behandelt? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- E. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welche? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- F. Wurden bei Ihnen in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit **Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern** durchgeführt?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welche? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- G. Haben Sie in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** einen Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Röteln, Masern, Mumps, Cholera) erhalten?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welcher Impfstoff, warum? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- H. Wurden Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** akupunktiert?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
 Wurde die Akupunktur unter **aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln** durchgeführt?  Nein  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. Botoxspritzen, Permanent Make-up)?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, was? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
 Hatten Sie außergewöhnliche Beschwerden? Welche? \_\_\_\_\_
- 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)?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, weshalb, welches Präparat? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- 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?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wobei? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
 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?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, was haben Sie erhalten? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- M. Haben Sie in den **letzten 6 Monaten vor Entbindung** ein Malaria-Endemiegebiet besucht?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo (Land/Region): \_\_\_\_\_
- 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?  Nein  Ja
- O. **Gehören Sie einer Gruppe\* mit erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV an?**  Nein  Ja  
\* 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
- P. Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welche? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- Q. Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wie eingenommen? \_\_\_\_\_ Wann letztmalig? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- 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?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**: Liegt der letzte Aufenthalt **länger als 4 Monate vor Entbindung** zurück?  Nein  Ja  
 Wo und wie lange? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- 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?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wer ist an welcher Hepatitis erkrankt? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

- 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)?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo (Land/Region): \_\_\_\_\_  
 Wann? Von: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
 Bestand bei Ihnen der Verdacht einer Erkrankung und wurde eine Genomtestung durchgeführt?  Nein  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?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- 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?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- W. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** in einem SARS- Endemiegebiet aufgehalten?  Nein  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?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, wo? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- Y. Wurden Sie **innerhalb der letzten Monate vor Entbindung** wegen einer Erkrankung ärztlich behandelt?  Nein  Ja  
**Wenn 'Ja'**, welche, womit? \_\_\_\_\_ Wann? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- Z. Hatten Sie **innerhalb der letzten Woche vor Entbindung** (bitte beantworten Sie **alle drei** Unterfragen)  
 a) einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt)?  Nein  Ja  
 \_\_\_\_\_  
 b) einen kleinen operativen Eingriff?  Nein  Ja  
 \_\_\_\_\_  
 c) eine Zahnextraktion?  Nein  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 (bei Zwillingen):
a) Litt das Kind während oder nach der Geburt an einem schweren Sauerstoffmangel, einer Atemdepression oder einem Atemstillstand ?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
b) Galt das Kind als Frühgeborenes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
c) Litt das Kind nach der Geburt an einer vorgeburtlichen Entwicklungsstörung (mangelnder Ernährungszustand) mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
d) Bestehen beim Kind Hinweise für eine schwere hämatologische, immunologische oder infektiologische Erkrankung? <b>Wenn 'Ja', welche?</b> _____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
e) Wurden beim Kind Fehlbildungen festgestellt? <b>Wenn 'Ja', welche?</b> _____ Ursache? _____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

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