

Vertraulich

An
Vivocell Biosolutions GmbH
z. H. der Sachkundigen Person
Berghausener Str. 98

D-40764 Langenfeld

Anamnesebogen

☐ ALLOGENE ungerichtete Nabelschnurblutspende
☐ AUTOLOGE Einlagerung

Sowohl um potentiellen Empfängern des Nabelschnurblutes größtmögliche Sicherheit zu gewähren, als auch aufgrund rechtlicher Vorschriften müssen wir Sie bitten, die folgenden Fragen vor der Entbindung Ihres Kindes zu beantworten. Bitte beachten Sie, dass alle Angaben **nicht älter als 4 Wochen** sein dürfen. Wir möchten darauf hinweisen, dass wir die **Daten der biologischen Eltern** benötigen. Alle Informationen sind selbstverständlich streng vertraulich. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt, Ärztin, Ihre Hebamme oder direkt an Vivocell.

Angaben zur Mutter des Kindes	
Nachname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Herkunftsland der Eltern	Vater:
	Mutter:
Aktuelle Adresse	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
Angaben zum/r Vertrauensarzt/in oder behandelnde(n) Gynäkologen/in	
Nachname, Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail-Adresse	

01.	Haben Sie schon einmal Nabelschnurblut gespendet bzw. Nabelschnurblut bei Vivocell einlagern lassen?	☐ ja	☐ nein
02.	Ist Ihre Schwangerschaft durch die Befruchtung einer fremden Eizelle (Spendereizelle) entstanden?	☐ ja	☐ nein
03.	Ist Ihre Schwangerschaft aus der Befruchtung durch einen Samen aus einer Samenbank (Spendersamen) entstanden?	☐ ja	☐ nein
04.	Haben Sie zurzeit eine offene Wunde oder einen Infekt (z.B. Erkältung, Durchfall, Erbrechen, Entzündungen, Abszess?) <u>Falls ja, was?</u> Mit Fieber? ☐ ja ☐ nein	☐ ja	☐ nein
05.	Waren Sie während der letzten 4 Wochen in medizinischer Behandlung (im Krankenhaus, beim Arzt, beim Heilpraktiker oder in sonstiger Behandlung)? <u>Falls ja, weshalb?</u>	☐ ja	☐ nein
06.	Hatten oder haben Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (ggf. bitte das Zutreffende ankreuzen) ☐ Herz- Kreislauferkrankungen (z. B. Herzfehler, Bluthochdruck) ☐ Gefäßkrankheiten (z. B. periphere arterielle Verschlusskrankheit) ☐ Gerinnungsstörungen (z. B. Faktor V Leiden) ☐ Hautkrankheit (z. B. Schuppenflechte) ☐ Blutkrankheit (z. B. Anämie) ☐ Gehirnkrankheit (z. B. Multiple Sklerose) ☐ Epilepsie (Krampfleiden) ☐ Nervenkrankheiten (z. B. Polyneuropathie) ☐ Krankheit des lymphatischen Systems/der Lymphknoten ☐ Lungenkrankheit (z. B. Asthma, chronische Bronchitis) ☐ Leberkrankheiten (z. B. Leberentzündung [Hepatitis]) ☐ Erkrankungen der Gallenblase und der Gallenwege (z. B. Gallensteine) ☐ Magen- und Darmkrankheiten (z. B. chronische Gastritis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) ☐ Nierenkrankheit (z. B. Zysten, Harnsteine) ☐ Allergie (z. B. Medikamentenallergie, Lebensmittelallergie) ☐ Autoimmunkrankheit (z. B. Autoimmunthyreoiditis Hashimoto) ☐ Stoffwechselkrankheit (z. B. Zuckerkrankheit [Diabetes mellitus], Gicht) ☐ Parasitosen (z. B. Toxoplasmose, Borreliose) ☐ Salmonellen-Infektion als Dauerausscheider ☐ Tropenkrankheiten (z.B. Fleckfieber, Malaria, Lepra) ☐ Q-Fieber ☐ Geschlechtskrankheiten (z.B. Tripper, Syphilis) ☐ Bösartige Erkrankung (Tumorerkrankung, Leukämie, Lymphdrüsenkrebs) ☐ andere chronische Erkrankungen <u>Falls Sie eine Frage mit JA beantwortet haben, machen Sie bitte genauere Angaben zur Art, Dauer und zum Zeitpunkt der Erkrankung!</u>	☐ ja	☐ nein
07.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eins oder mehrere der folgenden Symptome: ☐ Lymphknotenschwellungen ☐ Ungewöhnliche Blutungen ☐ Thrombosen ☐ Herzbeschwerden ☐ Gewichtsverlust ☐ Krampf-/Ohnmachtsanfälle ☐ Nachtschweiß ☐ Nieren-/Blasenentzündung ☐ Magen-/Darmrentzündung ☐ Fieber <u>Falls Sie eine Frage mit JA beantwortet haben, machen Sie bitte genauere Angaben zur Art, Dauer und zum Zeitpunkt der Erkrankung!</u>	☐ ja	☐ nein
08.	Ist Ihnen jemals gesagt worden, dass Sie kein Blut, kein Knochenmark, keine Stammzellen bzw. keine Organe spenden dürfen oder sind Sie als Blutspenderin schon ein Mal zurückgewiesen / zurückgestellt worden? <u>Falls ja, warum?</u>	☐ ja	☐ nein
09.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen vor der Geburt, Durchfall, anhaltende Bauchschmerzen, Erbrechen, eine Entzündung, Erkältung, Fieber und/oder Kontakt zu Menschen mit Infektionen (wie z.B. Röteln, Masern)? <u>Falls ja, was?</u>	☐ ja	☐ nein
10.	Haben Sie in den letzten 4 Wochen vor der Geburt Medikamente eingenommen oder Spritzen bekommen? <u>Falls ja, welche?</u> <u>Falls ja, wann haben Sie das Medikament zum letzten Mal eingenommen?</u>	☐ ja	☐ nein
11.	Müssen Sie ein oder mehrere Medikamente regelmäßig bzw. dauerhaft einnehmen? <u>Falls ja, welche?</u>	☐ ja	☐ nein
12.	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut geimpft?	☐ ja	☐ nein

13.	Wurden Sie während Ihrer Schwangerschaft geimpft? <u>Falls ja, wann und wogegen?</u>	☐ ja	☐ nein
14.	Wurden Sie in den letzten 4 Monaten vor der Geburt akupunktiert oder haben Sie sich anderen haut-verletzenden Maßnahmen wie Tätowierungen, Ohrlochstechen, Piercing unterzogen? Erfolgt diese Maßnahmen unter sterilen Bedingungen?	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
15.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Operationen, Endoskopien, Katheterbehandlungen o.ä.? <u>Falls ja, wann und was?</u>	☐ ja	☐ nein
16.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen vor der Geburt eine zahnärztliche Behandlung? <u>Falls ja, wann und was?</u>	☐ ja	☐ nein
17.	Wurde bei Ihnen jemals eine Gelbsucht, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C oder eine Infektion mit dem Immunschwächevirus (HIV-1/2: AIDS), eine Infektion mit dem HTLV-Virus (HTLV-1/2) oder eine Infektion mit Syphilis nachgewiesen? <u>Falls ja, wann und was?</u>	☐ ja	☐ nein
18.	Haben Sie in den letzten 4 Monaten mit einer Person engen Kontakt gehabt (z.B. im selben Haushalt gelebt), bei der Gelbsucht, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C oder eine Infektion mit dem Immunschwächevirus (HIV-1/2, AIDS) eine Infektion mit dem HTLV-Virus (HTLV-1/2) oder eine Infektion mit Syphilis nachgewiesen wurde? <u>Falls ja, machen Sie bitte genauere Angaben!</u>	☐ ja	☐ nein
19.	Sind Sie in den letzten 4 Monaten vor der Geburt in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über die Schleimhaut oder durch eine Verletzung (z.B. eine zufällige Nadelstich-Verletzung)? <u>Falls ja, wann?</u>	☐ ja	☐ nein
20.	Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre eine Blutübertragung (auch Eigenblut) oder eine Behandlung mit Blutprodukten wie Blutgerinnungsfaktoren oder eine Hormonbehandlung oder eine Behandlung mit tierischen Seren oder erhalten? <u>Falls ja, was und wann?</u>	☐ ja	☐ nein
21.	Haben Sie jemals ein Transplantat menschlichen oder tierischen Ursprungs erhalten? <u>Falls ja, was und wann?</u>	☐ ja	☐ nein
22.	Hatten Sie oder ihr Partner in den letzten 4 Monaten Intimkontakt mit einem neuen Partner?	☐ ja	☐ nein
23.	Gehören Sie oder ihr Partner zu einem Personenkreis mit erhöhtem Infektionsrisiko* für HIV oder Hepatitis? (*zum Personenkreis mit erhöhtem Infektionsrisiko zählen: Prostituierte und Sextouristen, homo- und bisexuelle Männer, Personen mit häufig wechselnden Partnern, Personen aus Gebieten mit hohen HIV und Hepatitisvorkommen, Häftlinge und intravenös Drogenabhängige)	☐ ja	☐ nein
24.	Hatten Sie oder ihr Partner in den letzten 4 Monaten Intimkontakt mit Personen, die zu einem Personenkreis mit erhöhtem Infektionsrisiko* für HIV oder Hepatitis gehören?	☐ ja	☐ nein
25.	Hatten Sie oder ihr Partner in den letzten 4 Monaten Intimkontakt mit Personen, aus Afrika insb. südlich der Sahara, der Karibik, Südostasien oder Südamerika?	☐ ja	☐ nein
26.	Wurden Sie in den letzten 4 Monaten aus der Haft entlassen?	☐ ja	☐ nein
27.	Sind oder waren Sie jemals drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängig?	☐ ja	☐ nein
28.	Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten im Ausland aufgehalten? <u>Falls ja, wo, wann und wie lang?</u>	☐ ja	☐ nein
28 (a)	Haben Sie sich in den letzten 6 Wochen vor der Geburt in den Niederlanden aufgehalten?	☐ ja	☐ nein
28 (b)	Haben Sie sich in den letzten 28 Tagen vor der Geburt in Griechenland aufgehalten?	☐ ja	☐ nein
29.	Sind Sie in einem Malariaendemiegebiet geboren / aufgewachsen oder haben Sie in den letzten 6 Monaten eines besucht? <u>Falls ja, wo und wann?</u>	☐ ja	☐ nein
30.	Haben Sie sich in den Jahren 1980- 1996 im Vereinigten Königreich Großbritannien oder Nordirland aufgehalten? <u>Falls ja, wie lange?</u> <u>Falls ja, wurden Sie dort operiert oder haben Sie eine Blutübertragung erhalten?</u>	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
31.	Ist bei Ihnen oder in Ihrer Verwandtschaft jemals eine Creutzfeld-Jakob-Erkrankung oder Transmissible Spongiforme Enzephalopathie (TSE) oder der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen aufgetreten?	☐ ja	☐ nein

32.	Gibt oder gab es in der unmittelbaren biologischen Familie des Kindes dessen Nabelschnurblut gespendet werden soll (d. h. Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Onkel und Tanten) bösartige Tumoren, Leukämien oder myeloproliferative Erkrankungen? <u>Falls ja, was und bei wem?</u>	☐ ja	☐ nein
33.	Sind in der unmittelbaren biologischen Familie des Kindes chromosomale Störungen oder schwere vererbte Erkrankungen bekannt? <u>Falls ja, was und bei wem?</u>	☐ ja	☐ nein
34.	Gibt es in der unmittelbaren biologischen Familie des Kindes genetische Erkrankungen des lymphatischen oder blutbildenden Systems (z.B. Thalassämie, Sichelzellanämie, Fanconi-Anämie, Elliptocytose, SCID, Sphärocytose, Diamond-Blackfan, Leukodystrophien, Chronische Granulomatose, Hypoglobulinämie, DiGeorge, Wiskott-Aldrich, Nezelhof, ADA, PNP-Mangel, Glanzmann, Alport, Hereditäre Thrombozytopenie, Platelet Storage Disease, Tay-Sachs, Ataxia telangiectatica, sonstige Telangiectasien, Fillipo, Gaucher, Hurler, Hunter) oder ☐ Autoimmunerkrankungen oder ☐ Muskeldystrophie oder ☐ Multiple Sklerose oder ☐ erbliche Hautkrankheiten (z.B. Neurofibromatose, angeborene extreme Lichtschädigung)? <u>Falls ja, was und bei wem?</u>	☐ ja	☐ nein
35.	Sind in ihrer aktuellen Schwangerschaft schwere Komplikationen aufgetreten oder gibt es Hinweise auf Fehlbildungen, chromosomale Störungen oder andere schwere Erkrankungen des erwarteten Kindes?	☐ ja	☐ nein
36.	Hatten Sie im Verlauf der Schwangerschaft akute Infektionen? Falls ja, welche und wann?	☐ ja	☐ nein

Ich hatte die Gelegenheit, mich von einer Hebamme oder einem Arzt / einer Ärztin zum *Anamnesebogen* beraten zu lassen und dazu Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden ausführlich und für mich verständlich beantwortet.
Alle Fragen des *Anamnesebogens* habe ich wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Name der Mutter

Geburtsdatum

Datum, Unterschrift der Mutter

Name des Vaters

Geburtsdatum

Datum, Unterschrift des Vaters
(erwünscht)

Vom Arzt/Ärztin auszufüllen und zu bestätigen

Befunde lt. Mutter-Pass

Blutgruppe				Rhesusfaktor			
HBsAG	pos.	neg.	nicht bekannt	Fluide Toxoplasmose	pos.	neg.	nicht bekannt
Hepatitis-C-Status	pos.	neg.	nicht bekannt	Röteln-Antikörper-Titer			nicht bekannt
HIV-Status (falls bekannt)	pos.	neg.	nicht bekannt				

Die Eignung zur Nabelschnurblutspende ist unter Berücksichtigung des vorliegenden *Spender-Fragebogens* (standardisierte schriftliche Anamnese) gegeben.

Arzt / Ärztin

Bestätigung der Spendereignung durch den ärztlichen Dienst von
Vivocell

Die Spenderqualifizierung erfolgte gemäß der geltenden nationalen und internationalen Kriterien zur Nabelschnurblutspende und gemäß der Vorgaben von *Vivocell*

☐ ja ☐ nein

Name [bitte in Blockschrift] / Unterschrift

Unterschrift eines beauftragten ärztlichen Mitarbeiters *Vivocell*