

# Einverständniserklärung

## zur Gewinnung und Verwendung von Nabelschnurblut

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b> <small>(sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse: <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>		
Telefonnummer:		
E-Mail (erwünscht):		

Hiermit erkläre ich mich mit der geplanten Gewinnung, Aufarbeitung, Lagerung und nachfolgend dargestellten Verwendung des Nabelschnurblutes meines Kindes einverstanden. Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden. In diesem Zusammenhang bin ich bereit, Angaben zur persönlichen und familiären Krankheitsgeschichte zu machen und erlaube dem Klinikpersonal, medizinische Auskunft zu mir, dem Kind und der Geburt zu geben. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin mit der Testung des Nabelschnurblutes und der mir entnommenen Blutproben auf Infektionsmarker (indirekter oder direkter Nachweis von Viren (z. B. HIV, Hepatitis, CMV), Mikroorganismen (z. B. Syphiliserreger) und Hämoglobinopathien (angeborene Erkrankung des roten Blutfarbstoffes) sowie anderen biologischen Faktoren als Voraussetzung zur Freigabe der Stammzellen aus Nabelschnurblut und zum Abgleich mit potenziellen Transplantationsempfängern einverstanden. Das zu untersuchende Material enthält besonders schützenswerte gesundheitsbezogene Daten. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass mir infektionsserologische Befunde, mit denen ein Ansteckungspotential verbunden ist, mitgeteilt und meldepflichtige Erkrankungen den zuständigen Behörden angezeigt werden. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass das Nabelschnurblut für die Transplantation eines mir unbekanntem Patienten zur Verfügung gestellt wird. Über die Verwendung entscheiden die arzneimittelrechtlich verantwortlichen Personen der DKMS Stem Cell Bank.

Weiterhin bin ich für mein Kind einverstanden, dass das Nabelschnurblut ausschließlich bei Erfüllung aller Qualitätskriterien für die Transplantation verwendet wird. Anderenfalls kann es für Validierungen und Qualitätskontrollen verwendet und darf für die Entwicklung von anderen Zelltherapeutika und wissenschaftlichen Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt werden. Externen Forschungseinrichtungen wird Nabelschnurblut ohne Weitergabe der dazugehörigen personenbezogenen Daten zur Verfügung gestellt. Informationen dazu erhalte ich jederzeit auf Anfrage.

**Nein, ich bin für mein Kind nicht mit der vorgenannten Verwendung des Nabelschnurblutes**

- für die Entwicklung von anderen Zelltherapeutika
- für wissenschaftliche Forschungsvorhaben
- für Validierungen und Qualitätskontrollen einverstanden.

Eine Entscheidung gegen o. g. Punkte hat keine nachteiligen Folgen für mich. Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank übergeht, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.

Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass die DKMS Stem Cell Bank vor Transplantation des Nabelschnurblutes bei mir Informationen über den Gesundheitsverlauf meines Kindes einholt.

Es ist mir bekannt, dass nach der Entnahme und Aufbereitung des Nabelschnurblutes ein Widerruf meiner Einverständniserklärung zur Nutzung dieser Körpermaterialien nicht mehr möglich ist. Mir wurde zugesichert, dass die Nabelschnurblutspende nach vertraulichem Rücktrittsverfahren nicht verwendet wird.

Ich erkläre die Richtigkeit der persönlichen Angaben zu Mutter, Vater und Kind. Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz gelesen, verstanden und stimme zu. Meine persönlichen Daten stelle ich freiwillig bereit. Um die Spenderdatei immer auf dem aktuellen Stand zu halten, werde ich der DKMS Stem Cell Bank eine Adressänderung mitteilen. Falls ich dies versäumen sollte, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim zuständigen Einwohnermeldeamt einverstanden. Ich und mein Kind können diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber der DKMS Stem Cell Bank widerrufen.

Datum, Ort _____ Name _____ <small>(Druckschrift oder Stempel der Ärztin/des Arztes)</small> Unterschrift _____ <small>(aufklärende/r Ärztin/Arzt der Entnahmeklinik)</small>	Datum, Ort _____ Unterschrift _____ <small>(Mutter)</small> Unterschrift _____ <small>(Vater, sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-----  
Ggf. Name des/der Dolmetschers/in oder Übersetzers/in

**Exemplar für die Eltern**

## Einverständniserklärung

### zur Gewinnung und Verwendung von Nabelschnurblut

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b> <small>(sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse: <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>		
Telefonnummer:		
E-Mail (erwünscht):		

Hiermit erkläre ich mich mit der geplanten Gewinnung, Aufarbeitung, Lagerung und nachfolgend dargestellten Verwendung des Nabelschnurblutes meines Kindes einverstanden. Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden. In diesem Zusammenhang bin ich bereit, Angaben zur persönlichen und familiären Krankheitsgeschichte zu machen und erlaube dem Klinikpersonal, medizinische Auskunft zu mir, dem Kind und der Geburt zu geben. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin mit der Testung des Nabelschnurblutes und der mir entnommenen Blutproben auf Infektionsmarker (indirekter oder direkter Nachweis von Viren (z. B. HIV, Hepatitis, CMV), Mikroorganismen (z. B. Syphiliserreger) und Hämoglobinopathien (angeborene Erkrankung des roten Blutfarbstoffes) sowie anderen biologischen Faktoren als Voraussetzung zur Freigabe der Stammzellen aus Nabelschnurblut und zum Abgleich mit potenziellen Transplantationsempfängern einverstanden. Das zu untersuchende Material enthält besonders schützenswerte gesundheitsbezogene Daten. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass mir infektionsserologische Befunde, mit denen ein Ansteckungspotential verbunden ist, mitgeteilt und meldepflichtige Erkrankungen den zuständigen Behörden angezeigt werden. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass das Nabelschnurblut für die Transplantation eines mir unbekanntem Patienten zur Verfügung gestellt wird. Über die Verwendung entscheiden die arzneimittelrechtlich verantwortlichen Personen der DKMS Stem Cell Bank.

Weiterhin bin ich für mein Kind einverstanden, dass das Nabelschnurblut ausschließlich bei Erfüllung aller Qualitätskriterien für die Transplantation verwendet wird. Anderenfalls kann es für Validierungen und Qualitätskontrollen verwendet und darf für die Entwicklung von anderen Zelltherapeutika und wissenschaftlichen Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt werden. Externen Forschungseinrichtungen wird Nabelschnurblut ohne Weitergabe der dazugehörigen personenbezogenen Daten zur Verfügung gestellt. Informationen dazu erhalte ich jederzeit auf Anfrage.

**Nein, ich bin für mein Kind nicht mit der vorgenannten Verwendung des Nabelschnurblutes**

- für die Entwicklung von anderen Zelltherapeutika
- für wissenschaftliche Forschungsvorhaben
- für Validierungen und Qualitätskontrollen einverstanden.

Eine Entscheidung gegen o. g. Punkte hat keine nachteiligen Folgen für mich. Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank übergeht, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.

Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass die DKMS Stem Cell Bank vor Transplantation des Nabelschnurblutes bei mir Informationen über den Gesundheitsverlauf meines Kindes einholt.

Es ist mir bekannt, dass nach der Entnahme und Aufbereitung des Nabelschnurblutes ein Widerruf meiner Einverständniserklärung zur Nutzung dieser Körpermaterialien nicht mehr möglich ist. Mir wurde zugesichert, dass die Nabelschnurblutspende nach vertraulichem Rücktrittsverfahren nicht verwendet wird.

Ich erkläre die Richtigkeit der persönlichen Angaben zu Mutter, Vater und Kind. Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz gelesen, verstanden und stimme zu. Meine persönlichen Daten stelle ich freiwillig bereit. Um die Spenderdatei immer auf dem aktuellen Stand zu halten, werde ich der DKMS Stem Cell Bank eine Adressänderung mitteilen. Falls ich dies versäumen sollte, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim zuständigen Einwohnermeldeamt einverstanden. Ich und mein Kind können diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber der DKMS Stem Cell Bank widerrufen.

Datum, Ort _____ Name _____ <small>(Druckschrift oder Stempel der Ärztin/des Arztes)</small> Unterschrift _____ <small>(aufklärende/r Ärztin/Arzt der Entnahmeklinik)</small>	Datum, Ort _____ Unterschrift _____ <small>(Mutter)</small> Unterschrift _____ <small>(Vater, sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-----  
Ggf. Name des/der Dolmetschers/in oder Übersetzers/in

**Exemplar für die Klinik**

## Einverständniserklärung

### zur Gewinnung und Verwendung von Nabelschnurblut

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b> <small>(sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse: <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>		
Telefonnummer:		
E-Mail (erwünscht):		

Hiermit erkläre ich mich mit der geplanten Gewinnung, Aufarbeitung, Lagerung und nachfolgend dargestellten Verwendung des Nabelschnurblutes meines Kindes einverstanden. Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden. In diesem Zusammenhang bin ich bereit, Angaben zur persönlichen und familiären Krankheitsgeschichte zu machen und erlaube dem Klinikpersonal, medizinische Auskunft zu mir, dem Kind und der Geburt zu geben. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin mit der Testung des Nabelschnurblutes und der mir entnommenen Blutproben auf Infektionsmarker (indirekter oder direkter Nachweis von Viren (z. B. HIV, Hepatitis, CMV), Mikroorganismen (z. B. Syphiliserreger) und Hämoglobinopathien (angeborene Erkrankung des roten Blutfarbstoffes) sowie anderen biologischen Faktoren als Voraussetzung zur Freigabe der Stammzellen aus Nabelschnurblut und zum Abgleich mit potenziellen Transplantationsempfängern einverstanden. Das zu untersuchende Material enthält besonders schützenswerte gesundheitsbezogene Daten. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass mir infektionsserologische Befunde, mit denen ein Ansteckungspotential verbunden ist, mitgeteilt und meldepflichtige Erkrankungen den zuständigen Behörden angezeigt werden. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass das Nabelschnurblut für die Transplantation eines mir unbekanntem Patienten zur Verfügung gestellt wird. Über die Verwendung entscheiden die arzneimittelrechtlich verantwortlichen Personen der DKMS Stem Cell Bank.

Weiterhin bin ich für mein Kind einverstanden, dass das Nabelschnurblut ausschließlich bei Erfüllung aller Qualitätskriterien für die Transplantation verwendet wird. Anderenfalls kann es für Validierungen und Qualitätskontrollen verwendet und darf für die Entwicklung von anderen Zelltherapeutika und wissenschaftlichen Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt werden. Externen Forschungseinrichtungen wird Nabelschnurblut ohne Weitergabe der dazugehörigen personenbezogenen Daten zur Verfügung gestellt. Informationen dazu erhalte ich jederzeit auf Anfrage.

**Nein, ich bin für mein Kind nicht mit der vorgenannten Verwendung des Nabelschnurblutes**

- für die Entwicklung von anderen Zelltherapeutika
- für wissenschaftliche Forschungsvorhaben
- für Validierungen und Qualitätskontrollen einverstanden.

Eine Entscheidung gegen o. g. Punkte hat keine nachteiligen Folgen für mich. Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank übergeht, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.

Ich bin für mein Kind damit einverstanden, dass die DKMS Stem Cell Bank vor Transplantation des Nabelschnurblutes bei mir Informationen über den Gesundheitsverlauf meines Kindes einholt.

Es ist mir bekannt, dass nach der Entnahme und Aufbereitung des Nabelschnurblutes ein Widerruf meiner Einverständniserklärung zur Nutzung dieser Körpermaterialien nicht mehr möglich ist. Mir wurde zugesichert, dass die Nabelschnurblutspende nach vertraulichem Rücktrittsverfahren nicht verwendet wird.

Ich erkläre die Richtigkeit der persönlichen Angaben zu Mutter, Vater und Kind. Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz gelesen, verstanden und stimme zu. Meine persönlichen Daten stelle ich freiwillig bereit. Um die Spenderdatei immer auf dem aktuellen Stand zu halten, werde ich der DKMS Stem Cell Bank eine Adressänderung mitteilen. Falls ich dies versäumen sollte, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim zuständigen Einwohnermeldeamt einverstanden. Ich und mein Kind können diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber der DKMS Stem Cell Bank widerrufen.

Datum, Ort _____ Name _____ Unterschrift _____ <small>(Druckschrift oder Stempel der Ärztin/des Arztes)</small> Unterschrift _____ <small>(aufklärende/r Ärztin/Arzt der Entnahmeklinik)</small>	Datum, Ort _____ Unterschrift _____ <small>(Mutter)</small> Unterschrift _____ <small>(Vater, sofern auch sorge- und vertretungsberechtigt)</small>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-----  
Ggf. Name des/der Dolmetschers/in oder Übersetzers/in

**Exemplar für die DKMS Stem Cell Bank**

## Anamnesebogen

Die gewissenhafte, vollständige und möglichst unbeaufsichtigte Beantwortung dieser Fragen (max. 48 h vor Entbindung) ist zur anschließenden Freigabe des gespendeten Nabelschnurblutes unbedingt erforderlich.

Sollten Sie weitere Fragen haben, geben wir Ihnen unter 0351/250966 0 gerne Auskunft.

Jede mit  Ja beantwortete Frage bedarf der zusätzlichen Klärung hinsichtlich Art der Erkrankung, Zeitpunkt, Dauer und Einnahme von Medikamenten. Bitte nutzen Sie hierfür auch das Feld Bemerkungen auf Seite 3.

Mutter (wenn möglich, Aufkleber)

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE DER MUTTER

Zutreffendes bitte ankreuzen! Vertrauliche Angaben können Sie gegenüber dem Arzt persönlich machen.

1. Hatten Sie innerhalb der <b>letzten 4 Wochen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>einen Infekt (z. B. Erkältung, Durchfallerkrankung) <b>Wenn ja: Was?</b> _____ <b>Wann?</b> _____ mit Fieber <input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja</li> <li>Medikamente genommen, Spritzen bekommen? <b>Wenn ja: Was genau?</b> _____</li> <li>Kontakt zu Infektionskranken (z. B. Röteln, Masern, Mumps)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2. Haben Sie in den <b>letzten 12 Monaten</b> eine Tollwutimpfung oder <b>in den letzten 4 Wochen</b> eine Hepatitis-B-Impfung oder Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Varizellen, Masern, Mumps, Röteln, Cholera) erhalten? <b>Wenn ja: Welche?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. Erhielten Sie in den <b>letzten 4 Monaten</b> eine Akupunktur, die <b>nicht unter sterilen Bedingungen mit Einmalnadeln</b> durchgeführt wurde, eine Tätowierung oder andere kosmetische Eingriffe mit Haut- oder Schleimhautverletzung (z. B. Ohrlöcher, Piercings, transdermale Implantate, Cutting, Branding, permanentes Make-Up)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4. Hatten Sie in den <b>letzten 4 Monaten</b> Kontakt zu an Gelbsucht/Hepatitis- oder Tuberkulose-Erkrankten, z. B. innerhalb der häuslichen Lebensgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
5. Hatten Sie in den <b>letzten 4 Monaten</b> Kontakt zu Blut einer anderen Person, z. B. über eine offene Wunde, über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z. B. Injektionsnadel)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
6. Wurde bei Ihnen <b>jemals</b> HIV, Hepatitis A/B/C/D/E, AIDS oder HTLV 1/2 festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
7. Gehören Sie oder Ihr Partner in den <b>letzten 12 Monaten</b> zu einem besonders HIV-/Hepatitis-infektionsgefährdeten Personenkreis* (*siehe Tabellenende) oder hatten Sie oder Ihr Partner in den <b>letzten 4 Monaten</b> sexuellen Kontakt mit einer zu diesem Kreis gehörigen Person?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
8. Befinden Sie sich in Haft oder sind Sie innerhalb der <b>letzten 4 Monate</b> aus der Haft entlassen worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
9. Hatten Sie oder Ihr Partner in den <b>letzten 4 Monaten</b> intimen Kontakt mit Personen aus Afrika südlich der Sahara, der Karibik, Südostasien oder Südamerika?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
10. Haben Sie in den <b>letzten 12 Monaten</b> Blut, Blutprodukte oder Sera tierischen Ursprungs erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
11. Haben Sie <b>jemals</b> ein Transplantat menschlichen Ursprungs (z. B. Stammzellspende, Eizellspende, Samenzellspende), tierischen Ursprungs (z. B. Xenotransplantat) oder Frischzellen tierischen Ursprungs erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
12. Hatten Sie in den <b>letzten 4 Monaten</b> Operationen, Endoskopien (Spiegelungen), Biopsien, Katheteranwendungen, Unfälle? <b>Wenn ja: Was und wann genau?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
13. Hatten Sie in der <b>letzten Woche</b> eine kleine Operation oder Zahnextraktion? <b>Wenn ja: Was genau?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
14. Haben Sie <b>zurzeit</b> eine offene Wunde, einen Abszess oder eine Hautinfektion? <b>Wenn ja: Was genau?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
15. Sind oder waren Sie drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

16. Waren Sie in den <b>letzten 6 Monaten</b> im Ausland? <b>Wenn ja: Wo und wann?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
17. Sind Sie in einem Malaria-Endemiegebiet geboren, aufgewachsen oder haben Sie sich jemals <b>länger als 6 Monate</b> in einem aufgehalten? <b>Wenn ja: Wo und wann</b> war Ihr letzter Aufenthalt? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
18. Haben Sie sich in den <b>letzten 6 Monaten</b> in einem Malaria-Endemiegebiet aufgehalten? <b>Wenn ja: Wo?</b> _____ <b>Erhielten Sie Medikamente? Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
19. Wurde bei Ihnen während der Schwangerschaft eine Zika-Virus-Infektion festgestellt? Sind Sie während der Schwangerschaft in ein Risiko-Endemiegebiet für das Zika-Virus gereist bzw. haben sich in einem aufgehalten? Hatten Sie während dieser Schwangerschaft sexuellen Kontakt mit einer Person, bei der in den letzten 6 Monaten vor dem sexuellen Kontakt eine Zika-Virus-Infektion festgestellt wurde bzw. die sich in den letzten 6 Monaten vor dem sexuellen Kontakt in einem Zika-Virus-Endemiegebiet aufgehalten hat?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
20. Wurde bei Ihnen in den <b>letzten 6 Monaten</b> eine West-Nil-Virus-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
21. Ist bei Ihnen, dem Kindsvater oder in Ihrer beider Verwandtschaft eine Transmissible Spongiforme Enzephalopathie (TSE), z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder der Verdacht auf eine TSE aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
22. Haben oder hatten Sie Krebserkrankungen, Tumoren, Herz-/Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck (medikamentös behandelt), Allergien, rheumatisches Fieber, Tuberkulose, Salmonellen-Infektionen als Dauerausscheider (Typhus, Paratyphus), Borreliose, Toxoplasmose, Q-Fieber, Tropenkrankheiten (Malaria, Fleckfieber, Babesiose, Trypanosomiasis, Leishmaniose, Tularämie, Lepra, Brucellose, Rückfallfieber, Rickettsiose, Melioidose etc.), Geschlechtskrankheiten (Tripper, Syphilis, Ulcus molle, Lymphopathia venerea etc.)? <b>Wenn ja: Was bzw. wann genau?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
23. Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Blutes, der Lymphknoten, der Nerven (z. B. Krampfanfälle), der Nieren, der Schilddrüse, der Lunge/Bronchien, der Knochen (z. B. Osteomyelitis), der Leber, des Magen-Darmtraktes, des Urogenitaltraktes, des Zentralnervensystems? <b>Wenn ja: Was bzw. wann genau?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
24. Ist bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung oder Stoffwechselerkrankung wie z. B. Diabetes (Zuckerkrankheit) bekannt? <b>Wenn ja: Was und seit wann?</b> _____ <b>Benötigen Sie Medikamente?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
25. Traten bei Ihnen schwere Komplikationen während der Schwangerschaft auf oder gibt es Hinweise auf Fehlbildungen, chromosomale Störungen oder schwere Erkrankungen des Ungeborenen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
26. Hatten Sie während der Schwangerschaft oder haben Sie derzeit akute Infektionen? <b>Wenn ja: Welche und wann?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
27. Hatten oder haben Sie eine Hepatitis in der Schwangerschaft? <b>Wenn ja: Welche und wann?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
28. Hatten Sie in den <b>letzten 12 Monaten</b> : <input type="checkbox"/> Thrombosen <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Hautveränderungen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> ungewöhnliche Blutungen <input type="checkbox"/> Krampf-/Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasenentzündungen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> <b>KEINE Auffälligkeiten</b>
<b>Bitte alle mit <input checked="" type="checkbox"/> Ja beantworteten Fragen erläutern (ggf. Angabe von Art, Zeitpunkt, Medikamentengabe):</b>	
* Personen, deren Sexualverhalten ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C oder HIV bergen, sind: heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten, z. B. Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern; Personen, die Sexualverkehr gegen Geld oder andere Leistungen (z. B. Drogen) anbieten (männliche und weibliche Sexarbeiter); Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM), transsexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten.	

## FAMILIENANAMNESE (aus Sicht des Kindes)

**Wir benötigen Angaben aus der Familien-Vorgeschichte der Schwangeren und des biologischen Vaters. Bitte beachten Sie dabei, dass die unten angegebenen Verwandtschaftsverhältnisse aus Sicht des Kindes sind, d. h. Mutter sind Sie, Geschwister meint die Geschwister des Neugeborenen, etc.**

### Familiäre Herkunft der Eltern und Großeltern (z. B. Deutschland, Türkei):

Mutter \_\_\_\_\_ Großvater \_\_\_\_\_ Großmutter \_\_\_\_\_  
 Vater \_\_\_\_\_ Großvater \_\_\_\_\_ Großmutter \_\_\_\_\_

1. Gab oder gibt es in der unmittelbaren Familie des Kindes (d. h. Mutter, Vater, Geschwister) bösartige Tumoren, Leukämien oder myeloproliferative Erkrankungen? <b>Wenn ja: Wer und welche?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2. Gibt es in der weiteren Familie der Schwangeren oder des biologischen Vaters (d. h. bis inkl. den Großeltern des Kindes) genetische Erkrankungen, die das lymphatische oder blutbildende System beeinflussen können (z. B. Sphärozytose, Diamond-Blackfan, Thalassämie, Sichelzellanämie, Elliptocytose, Fanconi-Anämie, SCID, Leukodystrophien, Chronische Granulomatose, Hypoglobulinämie, DiGeorge, Wiskott-Aldrich, Nezelhof, ADA, PNP-Mangel, Glanzmann, Alport, Hereditäre Thrombozytopenie, Platelet Storage Disease, Tay-Sachs, Ataxia teleangiectatica, sonstige Telangiektasien, Fillipo, Gaucher, Hurler, Hunter), Autoimmunerkrankungen, Muskeldystrophie, Multiple Sklerose oder schwere erbliche Hauterkrankungen (z. B. Neurofibromatose, angeborene extreme Lichtschädigung)? <b>Wenn ja: Wer und welche?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. Sind in der Familie des Kindes chromosomale Störungen oder sonstige schwere, vererbare Erkrankungen bekannt? <b>Wenn ja: Wer und welche?</b> _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

### ÜBERPRÜFEN SIE BITTE ABSCHLIESSEND NOCH EINMAL:

- Sind alle Fragen beantwortet?
- Sind alle Fragen, die mit "Ja" beantwortet wurden, kurz erläutert?
- Sind alle Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht?
- Sind die persönlichen Angaben vollständig (Name, Geb. Datum, Adresse, Telefonnummer)?
- Ist die Einverständniserklärung unterschrieben?
- Mir ist bewusst, dass unvollständige bzw. nicht wahrheitsgemäße Angaben zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Empfängers der Spende oder meiner selbst führen können
- Beziehen sich alle medizinischen und persönlichen Informationen in diesem Fragebogen auf den Zeitpunkt der Geburt?

-----  
**Datum**

-----  
**Unterschrift der Mutter**

-----  
 Ggf. Name des/der Dolmetschers/in  
 oder Übersetzers/in

### **Bestätigung durch den/die für die Nabelschnurblutentnahme zuständige(n) Arzt/Ärztin**

- 
- Aus ärztlicher Sicht liegen gemäß SOP CB-05-01-01-NN und Anlagen keine Ausschlusskriterien für die Spende von Nabelschnurblut vor. Hiermit wird die Spendereignung und Tauglichkeit der Mutter zum Zeitpunkt der Spende bestätigt.
- 

-----  
**Datum**

-----  
**Name**  
 (Druckschrift oder Stempel)

-----  
**Unterschrift**  
**des/der zuständigen Arztes/Ärztin**

### **Bemerkungen:**

# Entnahmedokumentation

vom Kreißsaal-Personal auszufüllen

Entnahmeklinik (Stempel)	Mutter (wenn möglich, Aufkleber)
--------------------------	----------------------------------

<b>Blutgruppe/Rhesusfaktor der Mutter:</b>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 0 / <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
<b>Anzahl der Schwangerschaften und Geburten vor dieser:</b>	Schwangerschaften:
	Geburten:

<b>Art der Geburt:</b> <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> prim. Sectio <input type="checkbox"/> sek. Sectio	<b>Gestationsalter:</b> +
<b>Medikamenteneinnahme</b> (24 h vor oder unter der Geburt):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
<b>Infusion/Transfusion</b> (Vol. (ml)) (innerhalb von 48 h vor Blutentnahme der Mutter):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
<b>Vorkommnisse bei der Geburt</b> (z. B.: Fieber ( <b>Angabe in °C</b> ), Plazenta-Abnormalitäten, Komplikationen):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?

<b>Zeitpunkt der Nabelschnurblutabnahme</b> (Uhrzeit):	
<b>Gewicht</b> (vaginal mind. 160 g / Sectio mind. 180 g):	<b>g</b>
<b>Desinfektionsmittel Nabelschnur Charge:</b>	<b>Verfallsdatum:</b>

<b>Angaben zum Kind</b> (Bei Zwillingen bitte eine zweite Entnahmedokumentation verwenden!)		
<b>Name, Vorname:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtszeit:</b>	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>Geburtsgewicht:</b> g	<b>Körperlänge:</b> cm	<b>Apgar:</b>
<b>Hinweise auf chromosomale Störungen / schwere Erkrankungen?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?		

<b>Zeitpunkt der Blutentnahme bei der Mutter:</b>	Datum:
	Uhrzeit:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Entnahme des Nabelschnurblutes und der mütterlichen Blutproben gemäß aktuell gültiger Gewinnungs-SOP (CB-05-01-01-NN) sowie unter Erfüllung der räumlichen und hygienischen Voraussetzungen erfolgte und dass das Entnahmesystem bei Verwendung optisch unversehrt war.

Bemerkungen:
--------------

-----  
**Datum**                      **Name** (Druckschrift oder Stempel)                      **Unterschrift** (für die Entnahme verantwortliche Person)