

Einwilligungserklärung zur Nabelschnurblutspende

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

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur geplanten Gewinnung und Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes an die DKMS Stem Cell Bank gGmbH.

- Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.
- Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der Angaben zu Mutter, Vater und Kind und werde die DKMS Stem Cell Bank gGmbH über etwaige Adressänderungen informieren. Falls der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit meiner Adressdaten vorliegen, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim Einwohnermeldeamt einverstanden.
- Im Namen meines Kindes übertrage ich das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank gGmbH, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.
- Ich willige ein, dass das Nabelschnurblut und die entnommenen Blutproben durch das jeweils beauftragte Prüflabor 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 (z. B. HLA-Merkmale)) getestet werden, um die Nabelschnurblutspende in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

- Hinsichtlich der Registrierung der Nabelschnurblutspende willige ich ein, dass die DKMS Stem Cell Bank gGmbH:
 - personenbezogenen Daten zur Identifizierung meiner Person und meines Kindes (u. a. Name, Adresse, Geburtsdatum) sowie medizinische Daten zu unserer Gesundheit sowie genetische Daten aus den o. g. Labortestungen speichert, um die Nabelschnurblutspende meines Kindes in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen, die Spenderreignung zu überprüfen und die damit verbundene Aktualisierung des Spenderprofils vorzunehmen;
 - suchrelevante Daten (z. B. Alter, Geschlecht, HLA-Merkmale) ausschließlich in pseudonymisierter Form an nationale und internationale Spenderregister für die Suche nach dem passenden Spender übermittelt;
 - meine Kontaktdaten (inkl. E-Mail, Telefon) nutzt, um mich zu kontaktieren, sollte unsere Nabelschnurblutspende für einen konkreten Patienten in Frage kommen.
- Darüber hinaus willige ich ein, dass das Klinikpersonal gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Auskunft zum medizinischen Behandlungsverlauf von mir, meinem Kind und der Geburt geben darf. Hierzu entbinde ich das Klinikpersonal von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bis zur Abgabe an einen Patienten ohne Angabe von Gründen gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH (Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden, office@dkms-stemcellbank.de) widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden - soweit keine gesetzlichen Fristen entgegenstehen - meine Daten gelöscht.
- Ich habe die weiteren Ausführungen auf dem separaten „Informationsblatt zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen.

Bitte treffen Sie in Bezug auf folgende Punkte eine individuelle Entscheidung: Sofern die Spende die Qualitätskriterien für die Verwendung für einen Patienten nicht erfüllt, willige ich ein, dass die Nabelschnurblutspende

Ja Nein für die **Qualitätssicherung in der DKMS Stem Cell Bank gGmbH** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.1 auf dem Informationsblatt).

Ja Nein für **weltweite wissenschaftliche Forschung** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.2 auf dem Informationsblatt).

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

Einwilligungserklärung zur Nabelschnurblutspende

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

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur geplanten Gewinnung und Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes an die DKMS Stem Cell Bank gGmbH.

- Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.
- Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der Angaben zu Mutter, Vater und Kind und werde die DKMS Stem Cell Bank gGmbH über etwaige Adressänderungen informieren. Falls der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit meiner Adressdaten vorliegen, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim Einwohnermeldeamt einverstanden.
- Im Namen meines Kindes übertrage ich das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank gGmbH, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.
- Ich willige ein, dass das Nabelschnurblut und die entnommenen Blutproben durch das jeweils beauftragte Prüflabor 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 (z. B. HLA-Merkmale)) getestet werden, um die Nabelschnurblutspende in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

- Hinsichtlich der Registrierung der Nabelschnurblutspende willige ich ein, dass die DKMS Stem Cell Bank gGmbH:
 - personenbezogenen Daten zur Identifizierung meiner Person und meines Kindes (u. a. Name, Adresse, Geburtsdatum) sowie medizinische Daten zu unserer Gesundheit sowie genetische Daten aus den o. g. Labortestungen speichert, um die Nabelschnurblutspende meines Kindes in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen, die Spenderreignung zu überprüfen und die damit verbundene Aktualisierung des Spenderprofils vorzunehmen;
 - suchrelevante Daten (z. B. Alter, Geschlecht, HLA-Merkmale) ausschließlich in pseudonymisierter Form an nationale und internationale Spenderregister für die Suche nach dem passenden Spender übermittelt;
 - meine Kontaktdaten (inkl. E-Mail, Telefon) nutzt, um mich zu kontaktieren, sollte unsere Nabelschnurblutspende für einen konkreten Patienten in Frage kommen.
- Darüber hinaus willige ich ein, dass das Klinikpersonal gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Auskunft zum medizinischen Behandlungsverlauf von mir, meinem Kind und der Geburt geben darf. Hierzu entbinde ich das Klinikpersonal von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bis zur Abgabe an einen Patienten ohne Angabe von Gründen gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH (Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden, office@dkms-stemcellbank.de) widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden - soweit keine gesetzlichen Fristen entgegenstehen - meine Daten gelöscht.
- Ich habe die weiteren Ausführungen auf dem separaten „Informationsblatt zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen.

Bitte treffen Sie in Bezug auf folgende Punkte eine individuelle Entscheidung: Sofern die Spende die Qualitätskriterien für die Verwendung für einen Patienten nicht erfüllt, willige ich ein, dass die Nabelschnurblutspende

Ja Nein für die **Qualitätssicherung in der DKMS Stem Cell Bank gGmbH** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.1 auf dem Informationsblatt).

Ja Nein für **weltweite wissenschaftliche Forschung** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.2 auf dem Informationsblatt).

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

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

Einwilligungserklärung zur Nabelschnurblutspende

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

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur geplanten Gewinnung und Spende des Nabelschnurblutes meines Kindes an die DKMS Stem Cell Bank gGmbH.

- Ich bin über die Nabelschnurblutspende gemäß dem ausgehändigten Informationsblatt aufgeklärt worden und hatte Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.
- Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der Angaben zu Mutter, Vater und Kind und werde die DKMS Stem Cell Bank gGmbH über etwaige Adressänderungen informieren. Falls der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit meiner Adressdaten vorliegen, erkläre ich mich mit einer Nachfrage beim Einwohnermeldeamt einverstanden.
- Im Namen meines Kindes übertrage ich das Eigentum an dem Nabelschnurblut auf die DKMS Stem Cell Bank gGmbH, damit diese darüber im Rahmen der beschriebenen Zwecke verfügen kann.
- Ich willige ein, dass das Nabelschnurblut und die entnommenen Blutproben durch das jeweils beauftragte Prüflabor 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 (z. B. HLA-Merkmale)) getestet werden, um die Nabelschnurblutspende in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen. Auch mit der Lagerung von Rückstellproben für eventuelle Nachtestungen und mit erneuten Probengewinnungen, falls notwendig, erkläre ich mich einverstanden.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

- Hinsichtlich der Registrierung der Nabelschnurblutspende willige ich ein, dass die DKMS Stem Cell Bank gGmbH:
 - personenbezogenen Daten zur Identifizierung meiner Person und meines Kindes (u. a. Name, Adresse, Geburtsdatum) sowie medizinische Daten zu unserer Gesundheit sowie genetische Daten aus den o. g. Labortestungen speichert, um die Nabelschnurblutspende meines Kindes in die Spenderdatenbank der DKMS Stem Cell Bank gGmbH aufzunehmen, die Spenderreignung zu überprüfen und die damit verbundene Aktualisierung des Spenderprofils vorzunehmen;
 - suchrelevante Daten (z. B. Alter, Geschlecht, HLA-Merkmale) ausschließlich in pseudonymisierter Form an nationale und internationale Spenderregister für die Suche nach dem passenden Spender übermittelt;
 - meine Kontaktdaten (inkl. E-Mail, Telefon) nutzt, um mich zu kontaktieren, sollte unsere Nabelschnurblutspende für einen konkreten Patienten in Frage kommen.
- Darüber hinaus willige ich ein, dass das Klinikpersonal gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH Auskunft zum medizinischen Behandlungsverlauf von mir, meinem Kind und der Geburt geben darf. Hierzu entbinde ich das Klinikpersonal von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bis zur Abgabe an einen Patienten ohne Angabe von Gründen gegenüber der DKMS Stem Cell Bank gGmbH (Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden, office@dkms-stemcellbank.de) widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden - soweit keine gesetzlichen Fristen entgegenstehen - meine Daten gelöscht.
- Ich habe die weiteren Ausführungen auf dem separaten „Informationsblatt zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen.

Bitte treffen Sie in Bezug auf folgende Punkte eine individuelle Entscheidung: Sofern die Spende die Qualitätskriterien für die Verwendung für einen Patienten nicht erfüllt, willige ich ein, dass die Nabelschnurblutspende

Ja Nein für die **Qualitätssicherung in der DKMS Stem Cell Bank gGmbH** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.1 auf dem Informationsblatt).

Ja Nein für **weltweite wissenschaftliche Forschung** verwendet werden darf (siehe Abschnitt 7.2 auf dem Informationsblatt).

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

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 gerne Auskunft unter: 0351/ 250966 0.

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 letzten 4 Wochen <ul style="list-style-type: none"> • einen Infekt (z. B. Erkältung, Durchfallerkrankung) Wenn ja: Was? _____ Wann? _____ mit Fieber <input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja • Medikamente genommen, Spritzen bekommen? Wenn ja: Was genau? _____ • Kontakt zu Infektionskranken (z. B. Röteln, Masern, Mumps)? 	<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 letzten 12 Monaten eine Tollwutimpfung oder in den letzten 4 Wochen eine Hepatitis-B-Impfung oder Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Varizellen, Masern, Mumps, Röteln, Cholera) erhalten? Wenn ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. Erhielten Sie in den letzten 4 Monaten eine Akupunktur, die nicht unter sterilen Bedingungen mit Einmalnadeln 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 letzten 4 Monaten 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 letzten 4 Monaten 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 jemals 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 letzten 4 Monaten zu einem besonders HIV-/Hepatitis-infektionsgefährdeten Personenkreis* (*siehe Tabellenende) oder hatten Sie oder Ihr Partner in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt mit einer zu diesem Kreis gehörigen Person? Haben Sie in den letzten 4 Monaten eine medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
8. Befinden Sie sich in Haft oder sind Sie innerhalb der letzten 4 Monate aus der Haft entlassen worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
9. Hatten Sie oder Ihr Partner in den letzten 4 Monaten 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 letzten 12 Monaten Blut, Blutprodukte oder Sera tierischen Ursprungs erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
11. Haben Sie jemals 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 letzten 4 Monaten Operationen, Endoskopien (Spiegelungen), Katheteranwendungen (Ausnahme: Einmalkatheter), Unfälle? Wenn ja: Was und wann genau? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
13. Hatten Sie in der letzten Woche eine kleine Operation oder Zahnextraktion? Wenn ja: Was genau? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
14. Haben Sie zurzeit eine offene Wunde, einen Abszess oder eine Hautinfektion? Wenn ja: Was genau? _____	<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 letzten 6 Monaten im Ausland? Wenn ja: Wo und wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
17. Sind Sie in einem Malaria-Endemiegebiet geboren, aufgewachsen oder haben Sie sich jemals länger als 6 Monate in einem aufgehalten? Wenn ja: Wo und wann war Ihr letzter Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
18. Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten in einem Malaria-Endemiegebiet aufgehalten? Wenn ja: Wo? Erhielten Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	<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 letzten 4 Wochen 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.)? Wenn ja: Was bzw. wann genau?	<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? Wenn ja: Was bzw. wann genau?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
24. Ist bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung oder Stoffwechselerkrankung wie z. B. Diabetes (Zuckerkrankheit) bekannt? Wenn ja: Was und seit wann? Benötigen Sie Medikamente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	<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? Wenn ja: Welche und wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
27. Hatten oder haben Sie eine Hepatitis in der Schwangerschaft? Wenn ja: Welche und wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
28. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten : <input type="checkbox"/> Thrombosen <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> Hautveränderungen <input type="checkbox"/> Krampf-/Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Nachtschweiß <input type="checkbox"/> KEINE Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> ungewöhnliche Blutungen <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasenentzündungen	
Bitte alle mit <input checked="" type="checkbox"/> Ja beantworteten Fragen erläutern (ggf. Angabe von Art, Zeitpunkt, Medikamentengabe):	
* Eine Person mit einem Sexualverhalten, das ein innerhalb der letzten 4 Monate deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten birgt. Dazu zählt: Sexualverkehr mit insgesamt mehr als zwei Personen, Sexualverkehr mit einer neuen Person, sofern Analverkehr praktiziert wurde, Sexualverkehr mit insgesamt mehr als einer Person, sofern Analverkehr praktiziert wurde, Sexarbeit oder Inanspruchnahme von Sexarbeit, Sexualverkehr mit einer Person, die mit HBV, HCV oder HIV infiziert ist, Sexualverkehr mit einer Person, die in einem Endemiegebiet/Hochprävalenzland für HBV, HCV oder HIV lebt oder von dort eingereist ist.	

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? Wenn ja: Wer und welche? _____	<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)? Wenn ja: Wer und welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. Sind in der Familie des Kindes chromosomale Störungen oder sonstige schwere, vererbare Erkrankungen bekannt? Wenn ja: Wer und welche? _____	<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 bestem Wissen und Gewissen gemacht?
- Sind die persönlichen Angaben vollständig (Name, Geb. Datum, Adresse, Telefonnummer)?
- Ist die Einwilligungserklärung unterschrieben?
- Beziehen sich alle medizinischen und persönlichen Informationen in diesem Fragebogen auf den Zeitpunkt der Geburt?
- Mir ist bewusst, dass unvollständige bzw. nicht wahrheitsgemäße Angaben zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Empfängers der Spende oder meiner selbst führen können.

.....
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 Herstellungsanweisung (ID 290 „Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut“) keine Ausschlusskriterien für die Spende von Nabelschnurblut vor. Hiermit werden die Spendereignung und Tauglichkeit der Mutter zum Zeitpunkt der Spende bestätigt.		
..... Datum Name (Druckschrift oder Stempel) Unterschrift des/der zuständigen Arztes/Ärztin

Bemerkungen:

	ID 292	Formblatt
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_02F_Anamnesebogen	

Entnahmedokumentation

vom Kreißsaal-Personal auszufüllen

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

Blutgruppe/Rhesusfaktor der Mutter:		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 0 / <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.	
Anzahl der Schwangerschaften und Geburten vor dieser:		Schwangerschaften:	
		Geburten:	
Art der Geburt:		Gestationsalter:	
<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> prim. Sectio <input type="checkbox"/> sek. Sectio		+	
Medikamenteneinnahme (24 h vor oder unter der Geburt):		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Infusion/Transfusion (Vol. (ml)) (innerhalb von 48 h vor Blutentnahme der Mutter):		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Vorkommnisse bei der Geburt (z. B.: Fieber (Angabe in °C), Plazenta-Abnormalitäten, Komplikationen):		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Zeitpunkt der Nabelschnurblutabnahme (Uhrzeit):			
Gewicht (vaginal mind. 130 g / Sectio mind. 150 g): <i>Kein Mindestgewicht für Kliniken in Dresden</i>		g	
Desinfektionsmittel Nabelschnur Charge:		Verfallsdatum:	
Angaben zum Kind (Bei Zwillingen bitte eine zweite Entnahmedokumentation verwenden!)			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:	Geburtszeit:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsgewicht: g	Körperlänge: cm	Apgar:	
Hinweise auf chromosomale Störungen / schwere Erkrankungen?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Zeitpunkt der Blutentnahme bei der Mutter:		Datum:	
		Uhrzeit:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Entnahme des Nabelschnurblutes und der mütterlichen Blutproben gemäß aktuell gültiger Herstellungsanweisung (ID 290 „Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut“) sowie unter Erfüllung der räumlichen und hygienischen Voraussetzungen erfolgte, und dass das Entnahmesystem bei Verwendung optisch unversehrt war.

Bemerkungen:
