

Medical history form for collection of umbilical cord blood/tissue

[Anamnesefragebogen für die Entnahme von Nabelschnurblut/ Nabelschnurgewebe]

SOP WK-EN-003.11 – Appendix 1, version dated 27/04/2015
[SOP WK-003.11 - Anlage 1, Fassung vom 27.04.2015]

Postanschrift

Ärztlicher Leiter • Vita 34 AG
Perlickstraße 5
04103 Leipzig
Deutschland

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 Vita 34 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 Vita 34. 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? [Fühlten Sie sich bisher während der Schwangerschaft bzw. fühlen Sie sich zurzeit wohl?] If "no", why? _____ [Wenn „Nein“, weshalb?]	☐ No	☐ Yes																					
2.	Do you generally take or did you take any pharmaceuticals during the pregnancy due to an illness or other problems? [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?]	☐ No	☐ Yes																					
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? [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?]	☐ No	☐ Yes																					
4.	Have any problems occurred during your pregnancy? [Sind bei Ihnen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten aufgetreten?]	☐ No	☐ Yes																					
<table border="0"> <tr> <td>☐ Fever [Fieber]</td> <td>☐ Loss of weight [Gewichtsverlust]</td> <td>☐ Night perspiration [Nachtschweiß]</td> </tr> <tr> <td>☐ Jaundice [Gelbsucht]</td> <td>☐ Cough [Husten]</td> <td>☐ Skin diseases [Hauterkrankungen]</td> </tr> <tr> <td>☐ Swollen lymph nodes [Lymphknotenschwellung]</td> <td>☐ Seizures/fainting [Krampf-/Ohnmachtsanfälle]</td> <td>☐ Circulatory disturbances [Durchblutungsstörungen]</td> </tr> <tr> <td>☐ Heart troubles [Herzbeschwerden]</td> <td>☐ Coagulation disturbances [Gerinnungsstörungen]</td> <td>☐ Diabetes treated with insulin [Diabetes mit Insulintherapie]</td> </tr> <tr> <td>☐ Respiratory diseases [Atemwegserkrankung]</td> <td>☐ Gastrointestinal diseases [Magen-/Darmerkrankungen]</td> <td>☐ Nephritis/cystitis [Nieren-/Blasenentzündungen]</td> </tr> <tr> <td>☐ Gestosis [Gestose]</td> <td>☐ HELLP syndrome [HELLP-Syndrom]</td> <td>☐ Unusual bleeding/thromboses [ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen]</td> </tr> <tr> <td colspan="3">☐ Other: _____ [Sonstige]</td> </tr> </table>				☐ Fever [Fieber]	☐ Loss of weight [Gewichtsverlust]	☐ Night perspiration [Nachtschweiß]	☐ Jaundice [Gelbsucht]	☐ Cough [Husten]	☐ Skin diseases [Hauterkrankungen]	☐ Swollen lymph nodes [Lymphknotenschwellung]	☐ Seizures/fainting [Krampf-/Ohnmachtsanfälle]	☐ Circulatory disturbances [Durchblutungsstörungen]	☐ Heart troubles [Herzbeschwerden]	☐ Coagulation disturbances [Gerinnungsstörungen]	☐ Diabetes treated with insulin [Diabetes mit Insulintherapie]	☐ Respiratory diseases [Atemwegserkrankung]	☐ Gastrointestinal diseases [Magen-/Darmerkrankungen]	☐ Nephritis/cystitis [Nieren-/Blasenentzündungen]	☐ Gestosis [Gestose]	☐ HELLP syndrome [HELLP-Syndrom]	☐ Unusual bleeding/thromboses [ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen]	☐ Other: _____ [Sonstige]		
☐ Fever [Fieber]	☐ Loss of weight [Gewichtsverlust]	☐ Night perspiration [Nachtschweiß]																						
☐ Jaundice [Gelbsucht]	☐ Cough [Husten]	☐ Skin diseases [Hauterkrankungen]																						
☐ Swollen lymph nodes [Lymphknotenschwellung]	☐ Seizures/fainting [Krampf-/Ohnmachtsanfälle]	☐ Circulatory disturbances [Durchblutungsstörungen]																						
☐ Heart troubles [Herzbeschwerden]	☐ Coagulation disturbances [Gerinnungsstörungen]	☐ Diabetes treated with insulin [Diabetes mit Insulintherapie]																						
☐ Respiratory diseases [Atemwegserkrankung]	☐ Gastrointestinal diseases [Magen-/Darmerkrankungen]	☐ Nephritis/cystitis [Nieren-/Blasenentzündungen]																						
☐ Gestosis [Gestose]	☐ HELLP syndrome [HELLP-Syndrom]	☐ Unusual bleeding/thromboses [ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen]																						
☐ 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?]																								

Free support hotline: 0800 034 00 01 (A/CH: 00800 034 000 00)
[Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01 (A/CH: 00800 034 000 00)]

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 ? [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? _____ [Wenn „Ja“, weshalb, welches Präparat?]	☐ No	☐ Yes
12.	Did you receive a live vaccine (e.g. yellow fever, typhus, German measles, measles, mumps, cholera) within the last 4 weeks ? [Haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Röteln, Masern, Mumps, Cholera) erhalten?] If "yes", which vaccine, why? _____ [Wenn „Ja“, welcher Impfstoff, warum?]	☐ No	☐ Yes
13.	Have you received a vaccination against hepatitis B within the last week ? [Wurden Sie innerhalb der letzten Woche gegen Hepatitis B geimpft?] If "yes", when? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wann? Datum]	☐ No	☐ Yes
14.	Did you suffer from tuberculosis within the last 2 years ? [Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Tuberkulose?] Are you cured? Since when? Date: __ / __ / ____ [Sind Sie geheilt? Seit wann? Datum] Is the curing medically documented? [Ist die Heilung medizinisch dokumentiert?]	☐ No ☐ No ☐ No	☐ Yes ☐ Yes ☐ Yes
15.1	Were you acupunctured within the last 4 months ? [Wurden Sie in den letzten 4 Monaten akupunktiert?] Was the acupuncture performed under aseptic conditions with disposable needles ? [Wurde die Akupunktur unter aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln durchgeführt?]	☐ No ☐ No	☐ Yes ☐ Yes
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 ? [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? _____ [Wenn „Ja“, was?] Did you have any unusual troubles? Which ones? _____ [Hatten Sie außergewöhnliche Beschwerden? Welche?]	☐ No ☐ No	☐ Yes ☐ Yes
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 ? [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? _____ [Wenn „Ja“, wobei?] How did you come into contact with another person's blood? _____ [Wie sind Sie in Berührung mit dem Blut einer anderen Person gekommen?]	☐ No	☐ Yes
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 ? [Haben Sie in den letzten 4 Monaten ein Transplantat humanen Ursprungs, Blutkomponenten oder Plasmaderivate (autolog - Eigen- und allogene - Fremdspende), ausgenommen Humanalbumin, erhalten?] If "yes", what did you receive? _____ [Wenn „Ja“, was haben Sie erhalten?]	☐ No	☐ Yes
18.1	Are you born or did you grow up (did you stay) in a malaria-endemic area? [Sind Sie in einem Malaria-Endemiegebiet geboren oder aufgewachsen?] If "yes", where (country/region)? _____ [Wenn „Ja“, wo (Land/Region)?]	☐ No	☐ Yes
18.2	Did you stay in a malaria-endemic area for more than 6 months without interruptions? [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 __]	☐ No	☐ Yes
18.3	Have you visited a malaria-endemic area within the last 6 months ? [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 __]	☐ No	☐ Yes

18.4	Did you ever suffer from malaria? [Hatten Sie jemals eine Malaria?] Are you cured? Is the curing medically documented? (If available, please enclose proof of cure!) [Sind Sie geheilt? Ist die Heilung medizinisch dokumentiert? (Heilungsnachweis wenn möglich bitte beifügen!)]	If "yes", when? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wann? Datum]	☐ No ☐ No	☐ Yes ☐ Yes
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? [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?]		☐ No	☐ Yes
19.2	Were you diagnosed with a hepatitis B, hepatitis C or HIV infection, irrespective of whether you have suffered from symptoms? [Wurde bei Ihnen eine Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HIV-Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind?]		☐ No	☐ Yes
19.3	Do you belong to a group* with an increased infection risk for hepatitis B, hepatitis C and/or HIV? [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]		☐ No	☐ Yes
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)? [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? [Wenn „Ja“, liegt der letzte Aufenthalt länger als 4 Monate zurück?] Where and how long? _____ [Wo und wie lange?] When? Date: __ / __ / ____ [Wann? Datum]		☐ No ☐ No	☐ Yes ☐ Yes
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? [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? _____ [Wenn „Ja“, wer ist an welcher Hepatitis erkrankt?] When? Date: __ / __ / ____ [Wann? Datum]		☐ No	☐ Yes
22.	Were you ever proved to be infected with hepatitis B (HBV infected)? [Wurde bei Ihnen jemals eine Hepatitis B-Infektion (HBV-Infektion) nachgewiesen?] Can it be proved that the infection is cured? [Ist die Infektion nachweislich ausgeheilt?] If "yes", when? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wann? Datum]		☐ No ☐ No	☐ Yes ☐ Yes
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)? [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? [Bestand bei Ihnen der Verdacht einer Erkrankung und wurde eine Genomtestung durchgeführt?]		☐ No ☐ No	☐ Yes ☐ Yes
24.	Did you stay in a Chikungunya fever-endemic area (South and Southeast Asia, Africa South of the Sahara, Mauritius, La Réunion) and did you return from this region not earlier than two weeks ago? [Haben Sie sich in einem Endemiegebiet für Chikungunya-Fieber (Süd-, Südostasien, Afrika südlich der Sahara, Mauritius, La Réunion) aufgehalten und sind Sie aus diesem Gebiet innerhalb der letzten zwei Wochen zurückgekehrt?] If "yes", where? _____ [Wenn „Ja“, wo?] When? Date: __ / __ / ____ [Wann? Datum]		☐ No	☐ Yes
25.1	Did you stay in a SARS-endemic area within the last 4 weeks? [Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen in einem SARS-Endemiegebiet aufgehalten?]		☐ No	☐ Yes
25.2	Did you stay in another endemic area defined by the WHO where transmissions already were established within the last 4 weeks? [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? _____ [Wenn „Ja“, wo?] When? Date: __ / __ / ____ [Wann? Datum]		☐ No	☐ Yes

Free support hotline: 0800 034 00 01 (A/CH: 00800 034 000 00)
[Kostenfreie Hilfe beim Ausfüllen: 0800 034 00 01 (A/CH: 00800 034 000 00)]

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? [Haben Sie für die aktuelle Schwangerschaft im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung Eizellen und/oder Spermien einer fremden Person erhalten?]	☐ No	☐ Yes
33.	Have you or your husband or one of your family members suffered from one of the diseases/syndromes listed below? [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, Kindsvater, Ihre Kinder etc.)? Bitte geben Sie jeweils an, ob es sich um einen Einzelfall oder um eine familiäre Häufung handelt!]	☐ No	☐ Yes

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 [Diagnose / Bemerkung (when, who, therapy) [(wann, wer, Therapie)]
• Malignant tumors/neoplasia [bösartige Tumoren/Neoplasien] • Leukemia [Leukämie] • Myeloproliferative disease [Myeloproliferative Erkrankung]	☐	☐	☐	☐	
Diabetes [Diabetes] • Type I [Typ I] • Type II [Typ II] Start of disease/age [Beginn der Erkrankung/Alter]	☐	☐	☐	☐	
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]	☐	☐	☐	☐	
Medical condition of white blood cells [Erkrankung weißer Blutzellen] • SCID (Severe Combined Immunodeficiency) [SCID (Severe Combined Immunodeficiency)] • Chronic granulomatosis [Chron. Granulomatose] • Ataxia teleangiectasia [Ataxia teleangiectasia] • Agammaglobulinemia [Agammaglobulinämie] • Wiskott-Aldrich syndrome [Wiskott-Aldrich-Syndrom] • Nézelo syndrome [Nézelo-Syndrom] • ADA or PNP deficiency [ADA- oder PNP-Mangel] • DiGeorge syndrome [DiGeorge-Syndrom]	☐	☐	☐	☐	

Medical condition of platelets [Erkrankung Blutplättchen] • Glanzmann-Naegeli syndrome [Glanzmann-Naegeli-Syndrom] • Hereditary thrombocytopenia [Hereditäre Thrombozytopenie] • Hereditary telangiectasis [Hereditäre Teleangiectasien] • Storage Pool disease [Storage-Pool-Syndrom]	☐	☐	☐	☐	
Accumulation diseases [Speicherkrankheiten] • 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]	☐	☐	☐	☐	
Chromosome abnormalities [Chromosomenanomalien] • Ulrich-Turner syndrome [Ullrich-Turner-Syndrom] • Trisomy 21 [Trisomie 21]	☐	☐	☐	☐	
• 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]	☐	☐	☐	☐	
• Hereditary skin diseases [Erbliche Hauterkrankungen]	☐	☐	☐	☐	
• Autoimmune diseases (e.g. rheumatism, multiple sclerosis) [Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheuma, Multiple Sklerose)]	☐	☐	☐	☐	
• Muscular dystrophy [Muskeldystrophie]	☐	☐	☐	☐	
• Alport syndrome [Alport-Syndrom]	☐	☐	☐	☐	
• Others [Andere]	☐	☐	☐	☐	

I herewith agree to inform the Vita 34 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 (± 48 h) in order to perform the required infectious serology examinations (including HIV).

[Ich erkläre mich hiermit bereit, der Vita 34 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 infektionsserologischen Untersuchungen (inkl. HIV) zum Zeitpunkt der Geburt (+/- 48 h) Blut entnommen wird.

If VitaPlusSpende is selected, I agree that anonymized data of the umbilical cord blood will be entered in a stem cell registry. If Vorsorge-Screening is selected, I give my consent concerning the molecular genetic diagnostics of the umbilical cord blood.

I have read and understood the medical history form and truthfully completed it. If any further questions arise, I will contact the doctor in attendance or respectively the specialist counseling service of the Vita 34 AG.

Bei der Wahl von VitaPlusSpende stimme ich der Einstellung anonymisierter Daten des Nabelschnurblutes in ein Stammzellregister zu. Bei der Wahl des Vorsorge-Screenings gebe ich mein Einverständnis zur molekulargenetischen Diagnostik aus dem Nabelschnurblut. Ich habe den Anamnesefragebogen 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.]

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!]

X

Date and signature of the mother

[Datum und Unterschrift der Mutter]