



Platzhalter für Klebeetikette

Medizinischer Fragebogen Nabelschnurblutspende

Sie haben das **Informationsblatt für die Nabelschnurblutspende** gelesen und Sie möchten gerne Nabelschnurblut spenden. Wir danken Ihnen, dass Sie die folgenden Fragen wahrheitsgetreu beantworten, indem Sie die erforderlichen Kästchen ankreuzen. Damit tragen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit und zur Sicherheit der Patienten bei, die das Nabelschnurblut Ihres Babys erhalten.

Die Fragen betreffen Sie, die Mutter des Kindes. Falls Informationen zum Kindsvater, Geschwister (= Geschwister des Kindes) oder andere Verwandte gefragt sind, wird dies explizit erwähnt.

Am Ende des Fragebogens (in Abschnitt D) gibt es Platz für weitere Ausführungen, allfällige Kommentare zu einzelnen Fragen oder andere relevante Informationen.

A. ANGABEN ZUR KINDSMUTTER

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ / Wohnort	
Telefon / E-Mail	

B. INFORMATIONEN ÜBER DIE ETHNISCHE ZUGEHÖRIGKEIT DER ELTERN

Welcher ethnischen Gruppe gehören Sie an? Bitte ankreuzen.

Afrikanisch	AFNA	Nordafrika	Kindsmutter ☐	Kindsvater ☐
	AFSS	Afrika südlich der Sahara	Kindsmutter ☐	Kindsvater ☐
Asiatisch	AS	Zentralasien: Ost-Russland, Kasachstan, Usbekistan, Kirgistan, Tadschikistan	Kindsmutter ☐	Kindsvater ☐
		Nordostasien: Japan, Nord- und Südkorea		
		Ozeanien: Pazifische Inseln ausser Japan, Australien, Neuseeland, Taiwan, Aleuten		
		Südostasien: China, Mongolei, Burma, Laos, Kambodscha, Thailand, Vietnam, Taiwan		
		Südwestasien: Mittlerer Osten, Türkei		
		Südasien: Indien, Pakistan, Bangladesch, Sri Lanka, Bhutan, Nepal		
Kaukasisch	CAU	Europa, Grönland, Island, Russland, Australien, Neuseeland, Nordamerika (USA, Kanada)	Kindsmutter ☐	Kindsvater ☐
Hispanisch	HI	Zentralamerika, Südamerika, Karibik	Kindsmutter ☐	Kindsvater ☐
Gemischt	MX		Kindsmutter ☐	Kindsvater ☐
Andere	OT		Kindsmutter ☐	Kindsvater ☐
Unbekannt	UK		Kindsmutter ☐	Kindsvater ☐



Platzhalter für Klebeetikette

C. FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEIT

	Ja	Nein
1. a) Wurden Sie und/oder der Vater des Babys in der frühen Kindheit adoptiert?	☐	☐
b) Ist diese Schwangerschaft durch Verwendung von Spender-Eizellen, Spender-Samen oder als Leihmutterschaft entstanden?	☐	☐
c) Kennen Sie die medizinische Vorgeschichte des Kindsvaters oder können Sie diese in Erfahrung bringen?	☐	☐
2. Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank, oder hatten Sie Fieber über 38.5°C? Wenn ja, bitte Ursache angeben (falls bekannt)	☐	☐
3. a) Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente verwendet (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche?	☐	☐
b) Haben Sie in den letzten 3 Jahren das Medikament Neotigason® / Soriatane® (z.B. bei Schuppenflechte) eingenommen?	☐	☐
4. a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (z.B. Medikamente aus Plasma, Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten? Falls ja, welche?	☐	☐
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung erhalten? Grippe ☐ Hepatitis B ☐ Pertussis ☐ Röteln ☐ Tetanus ☐ Tollwut ☐ Andere Impfung ☐ Welche? Wann?	☐	☐
5. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? Wenn ja, bitte spezifizieren (genaue Krankheit, Zeitpunkt, Behandlung/, ausgeheilt oder noch bestehend etc.)	☐	☐
a) Bluthochdruck vor oder in der Schwangerschaft (z.B. Präeklampsie, HELLP-Syndrom):	☐	☐
b) Herz-Kreislauferkrankung:	☐	☐
c) Lungenerkrankung:	☐	☐
d) Magen-, Darmerkrankung:	☐	☐
e) Erkrankung der Niere, Blase, Harnwege oder des Genitaltrakts:	☐	☐
f) Erkrankung des Nervensystems:	☐	☐
g) Erkrankung des Immunsystems (z.B. Allergie, chronisch-entzündliche Erkrankung, Autoimmunerkrankung):	☐	☐
h) Infektionskrankheit:	☐	☐



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein
i) Kontakt mit einer Person mit einer ansteckenden Krankheit / Infektionskrankheit? Welche Krankheit? Kontakt wann?	☐	☐
j) Blutkrankheit:	☐	☐
k) Krebs:	☐	☐
l) Diabetes: Typ I ☐ Typ II ☐ Schwangerschaftsdiabetes ☐	☐	☐
m) Schilddrüsenerkrankung: Hashimoto Thyreoiditis ☐ M. Basedow ☐ Andere ☐ Bitte spezifizieren: Welche Behandlung: Von wann bis wann:	☐	☐
n) Andere Krankheit:	☐	☐
6. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten:	☐	☐
a) Einen Unfall ☐ Eine Operation ☐ Wenn ja, bitte spezifizieren:	☐	☐
b) Eine Bluttransfusion (z.B. Erythrozytenkonzentrat, Thrombozytenkonzentrat, Plasma)? Wenn ja, wann: Warum? In welchem Land?	☐	☐
7. Creutzfeldt-Jakob Krankheit, Risiko		
a) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf? Kinds Mutter ☐ Kinds Vater ☐ andere Verwandte ☐	☐	☐
b) Wurde Ihnen jemals menschliches Gewebe übertragen? Wenn ja, bitte spezifizieren:	☐	☐
c) Wurde Ihnen jemals tierisches Gewebe übertragen? Wenn ja, bitte spezifizieren:	☐	☐
d) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt? Wenn ja, bitte spezifizieren:	☐	☐
8. Tropische Viren, Risiko (dazu gehören: Chikungunya, Dengue, West Nile und Zika Virus)		
a) Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb der Schweiz? Wenn ja, wo? Seit wann sind Sie zurück? Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z.B. Fieber)?	☐	☐
b) Wurde bei Ihnen während der Schwangerschaft eine Chikungunya, West Nile oder Dengue Infektion festgestellt?	☐	☐
c) Wurde bei Ihnen oder Ihrem Sexualpartner in den letzten 4 Monaten eine Zika Infektion festgestellt?	☐	☐



Platzhalter für Klebeetikette

		Ja	Nein
9.	Malaria, Risiko		
a)	Sind Sie jemals an einer Malaria erkrankt? Wenn ja, wann?	☐	☐
b)	Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem Malaria-Risikogebiet? Wenn ja, wo? Wann?	☐	☐
10.	Chagas Krankheit, Risiko		
a)	Sind Sie jemals an Chagas erkrankt ?	☐	☐
b)	Sind Sie oder Ihre Mutter (Grossmutter des Kindes) ausserhalb Europas geboren / aufgewachsen / oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? Wenn ja, wer? In welchem Land?	☐	☐
11.	Erkrankten Sie jemals an:	☐	☐
	☐ Tuberkulose ☐ Borreliose ☐ Brucellose ☐ Osteomyelitis ☐ Q-Fieber ☐ Toxoplasmose ☐ Babesiose ☐ Leishmaniose	☐	☐
	Wenn ja, wann?		
	Hat jemand mit dem Sie engen Kontakt haben (z.B. Pflege, gleicher Haushalt) eine offene Tuberkulose ?	☐	☐
12.	Hatten Sie in den letzten 2 Monaten:	☐	☐
	☐ Tätowierung ☐ Magen-, Darmspiegelung ☐ Akupunktur ☐ permanent Make-up ☐ Piercing ☐ Mikroblading ☐ Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Auge, Mund oder anderes) Wenn ja, wann? Sterile Instrumente verwendet ☐ ja ☐ nein	☐	☐
13.	a) Sind Sie jemals an einer Gelbsucht oder einer Hepatitis erkrankt? Wenn ja, bitte spezifizieren: Hepatitis A ☐ B ☐ C ☐ E ☐ Gelbsucht :	☐	☐
	b) Ist Ihr Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Hepatitis / Gelbsucht erkrankt? An welcher? Hepatitis A ☐ B ☐ C ☐ E ☐ Andere:	☐	☐
14.	a) Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten für mindestens 6 Monate in einem Land mit erhöhter HIV-Rate aufgehalten? Wenn ja, wo?	☐	☐
	b) Haben Sie sich dort einem potentiellen HIV-Risiko ausgesetzt (z.B. durch sexuelle Kontakte und/oder einer medizinischen oder paramedizinischen Intervention wie Bluttransfusion, Tattoo, Piercing)?	☐	☐



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein
15. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu?	☐	☐
a) Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten	☐	☐
b) Sexuelle Kontakte unter Annahme von Geld, Drogen oder Medikamenten in den letzten 12 Monaten	☐	☐
c) Sexuelle Kontakte mit einem Partner, der in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Männern hatte	☐	☐
d) Injektion von Drogen in den letzten 12 Monaten	☐	☐
e) Positiver Test für HIV, Syphilis oder Hepatitis C	☐	☐
16. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partner gehabt, die	☐	☐
a) sich einer Risikosituation wie in Frage 15 ausgesetzt haben?	☐	☐
b) in einem Land mit erhöhter HIV-Rate eine Bluttransfusion erhalten haben	☐	☐
c) in einem Land mit erhöhter HIV-Rate einem sonstigen HIV-Risiko ausgesetzt waren (z.B. durch sexuelle Kontakte, Tattoo, Piercing)	☐	☐
17. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Anzeichen von Chlamydien, Genitalherpes, Syphilis oder eine andere sexuell übertragbare Erkrankung, oder wurden Sie hierfür behandelt? Bitte spezifizieren:	☐	☐
18. Ist in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen bekannt? Wenn ja, geben Sie bitte den Verwandtschaftsgrad an	☐	☐
a) Krankheit der roten Blutkörperchen (z.B. Thalassämie, Sichelzellanämie u.a.) Welche? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
Aplastische Anämie Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
b) Blutplättchenkrankheit (z.B. Immunthrombozytopenie) Welche? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
c) Blutgerinnungsstörung, genetisch (z.B. Hämophilie, von Willebrand Krankheit, Mutation Faktor-V-Leiden) Welche? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
d) Stoffwechselkrankheit / Speicherkrankheit (z.B. Mukoviszidose, Gicht, M. Tay-Sachs, M. Fabry, M. Gaucher, M. Niemann-Pick) Welche? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
e) Diabetes Typ I: Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐ Diabetes Typ II: Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
f) Immunschwächekrankheit / angeborener Immundefekt Welche? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein
g) Blutkrankheit, bösartig (z.B. Leukämie, Multiples Myelom, Myelodysplastisches Syndrom, Essentielle Thrombozythämie u.a.) Welche? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
h) Krebs Welche? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
i) Andere Krankheit Welche? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐

D. BEMERKUNGEN ZUM FRAGEBOGEN (Mutter)

Frage:.....

Frage:.....

Frage:.....

Frage:.....

Frage:.....

Frage:.....

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und das wahrheitsgetreue Ausfüllen des Fragebogens

Mutter

Name: Vorname: Geburtsdatum:.....

Datum: Unterschrift:

Vater (fakultativ)

Name: Vorname: Geburtsdatum:.....

Datum: Unterschrift:



Platzhalter für Klebeetikette

Überprüfung des Fragebogens durch das Fachpersonal

E. BEI DER REKRUTIERUNG AUSZUFÜLLEN

Bemerkungen zu Abschnitt C „Medizinischer Fragebogen“:

Frage:

.....

Frage:

.....

Frage:

.....

Frage:

.....

Fragebogen geprüft (bei Rekrutierung): Datum: Visum

Geburtsklinik (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Aarau: ☐ Basel: ☐ Bern: ☐ Genf: ☐ Tessin: ☐

F. BEI DER NABELSCHNUTBLUTENTNAHME AUSZUFÜLLEN

Nachdem ich den medizinischen Fragebogen und die Krankengeschichte der schwangeren Patientin überprüft habe, bestätige ich hiermit, dass es keine körperlichen Anzeichen gibt, die derzeit auf ein HOHES RISIKOVERHALTEN in der Gegenwart oder Vergangenheit für übertragbare Infektionskrankheiten (HIV, HTLV, Hepatitis B oder C und sexuell übertragbare Erkrankungen) hinweisen. Gemäss der mir vorliegenden Unterlagen / Krankengeschichte bestätige ich, dass diese Spenderin in der Lage ist, das Nabelschnurblut ihres Babys bei der Geburt zu spenden. Für den Fall, dass sich neue Gesundheitsinformationen ergeben, die sich auf diese Spende auswirken könnten, versichere ich, diese Informationen der Nabelschnurblutbank zur Verfügung zu stellen.

Arzt:

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift des Arztes: