



Mutter-ID Etikette

Fragebogen für die Nabelschnurblutspende

Sie haben die Informationen über die Nabelschnurblutspende gelesen. Und Sie möchten Nabelschnurblut spenden. Bitte beantworten Sie die Fragen in diesem Fragebogen.

Für wen sind die Fragen?

Die Fragen sind für die **Mutter** des Kindes (Baby). Bei einigen Fragen benötigen wir auch Informationen über den Vater, die Geschwister oder Verwandte des Kindes. Sie finden dann einen Hinweis dazu.

Wie beantworten Sie die Fragen?

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die für Sie passt.

Bei einigen Fragen möchten wir gerne mehr Informationen von Ihnen. Bitte schreiben Sie Ihre Antwort bei den Fragen auf.

Wichtig: Bitte sagen Sie die Wahrheit.

Nur so können Sie sich selbst und eine mögliche Empfängerin oder einen möglichen Empfänger Ihres Nabelschnurblutes schützen.

Im Abschnitt C am Ende des Fragebogens hat es Platz. Hier können Sie uns etwas Zusätzliches mitteilen.

Bei Fragen oder Unsicherheiten wenden Sie sich an Ihre betreuende Hebamme oder Ihre betreuende Ärztin oder Arzt. Sie helfen Ihnen gerne weiter.

Damit Ihre Angaben möglichst aktuell sind, bitten wir Sie, den Fragebogen frühestens **4 Wochen** vor dem errechneten Geburtstermin auszufüllen.

A. Informationen zur Mutter

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefon	
E-Mail	



Mutter-ID Etikette

B. Fragebogen zur Gesundheit

1. Familie- und Schwangerschaftshintergrund

- a) Wie wurden Sie schwanger: Haben Sie Eizellen von einer Spenderin oder Samen von einem Spender erhalten? Oder sind Sie eine Leihmutter? ☐ Ja ☐ Nein
- b) Kennen Sie die medizinische Vorgeschichte des leiblichen Vaters Ihres Kindes? ☐ Ja ☐ Nein
- c) Sind Sie und der leibliche Kindsvater verwandt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie sind Sie verwandt?

2. Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen

- Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank? Oder hatten Sie Fieber über 38.5°C? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, schreiben Sie bitte auf, welche Krankheit oder Krankheitszeichen Sie hatten.

3. Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft

- a) Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente genommen z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, schreiben Sie bitte hier, die Medikamente auf.

- b) Haben Sie in den letzten 3 Jahren das Medikament Neotigason® / Soriatane® eingenommen? Das ist ein Medikament zum Beispiel gegen Schuppenflechte. ☐ Ja ☐ Nein

4. Immuntherapien und Impfungen

- a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie erhalten? Dazu gehören z. B. Serum oder Medikamente, die von einem Menschen oder Tier stammen. ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welches Medikament war es?

- b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Impfung war es?

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| ☐ Grippe | ☐ RSV | ☐ Pertussis (Keuchhusten) |
| ☐ Covid-19 | ☐ Tetanus | ☐ Tollwut |
| ☐ Andere Impfung: | | |

Wenn ja, wann war die Impfung (Datum)?

5. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen?

Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen, z. B. die genaue Krankheit, den Zeitpunkt, die Behandlung, ob Sie wieder gesund sind oder nicht.



Mutter-ID Etikette

- a) Bluthochdruck vor oder in der Schwangerschaft, z.B. arterielle Hypertonie, Präeklampsie, HELLP-Syndrom ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- b) Herz-Kreislauf-erkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- c) Lungenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- d) Magen- oder Darmkrankheit ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- e) Eine Krankheit in der Niere, Blase, in den Harnwegen oder in den Geschlechtsorganen ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- f) Eine Krankheit des Nervensystems, z.B. Epilepsie, Meningitis ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- g) Eine Krankheit des Immunsystems, z.B. eine Allergie oder eine chronisch-entzündliche Krankheit wie Morbus Crohn oder eine Autoimmunerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- h) Eine Infektionskrankheit ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- i) Hatten oder haben Sie Kontakt mit einer Person mit einer ansteckenden Krankheit / Infektionskrankheit? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Krankheit hat die Person?

Wenn ja, wann war der Kontakt?

- j) Blutkrankheit ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:



Mutter-ID Etikette

5. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? - Fortsetzung -

k) Krebs ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

l) Diabetes ☐ Ja ☐ Nein

☐ Typ I ☐ Typ II ☐ Schwangerschaftsdiabetes
☐ MODY «Erwachsenendiabetes Typ II, der im Jugendalter beginnt»

m) Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

☐ Hashimoto Thyreoiditis ☐ M. Basedow

☐ Andere Krankheit:

Welche Behandlung hatten Sie?

Von wann bis wann war die Behandlung?

n) Andere Krankheiten, die oben nicht erfasst worden sind ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

6. Unfall, Operation und Bluttransfusion

a) Hatten Sie in den letzten 12 Monaten: ☐ Ja ☐ Nein

☐ einen Unfall ☐ eine Operation

Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen.

b) Hatten Sie jemals eine Bluttransfusion? ☐ Ja ☐ Nein
z.B. Erythrozytenkonzentrat, Thrombozytenkonzentrat, Plasma

Wenn ja, wann war die Infusion?

Warum haben Sie die Infusion erhalten?

In welchem Land haben Sie die Infusion erhalten?

7. Creutzfeldt-Jakob Krankheit oder Risiko dafür

a) Haben Sie oder ein Verwandter die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit? ☐ Ja ☐ Nein
Oder gibt es einen Verdacht, dass Sie oder Ihr Verwandter die Krankheit hat?

Wenn ja, wer?

☐ Kindsmutter	☐ Kindsvater	☐ Andere	
		:	



Mutter-ID Etikette

7. Creutzfeldt-Jakob Krankheit oder Risiko dafür - Fortsetzung -

- b) Haben Sie jemals Gewebe von einem Menschen erhalten? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen.

- c) Haben Sie jemals Gewebe von einem Tier erhalten? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen.

- d) Hatten Sie jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen.

8. Tropische Viren (Chikungunya, Dengue und Zika Virus) oder Risiko dafür

- a) Waren Sie in den letzten 6 Monaten für mehr als 2 Tage (48 Stunden) im Ausland? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo waren Sie?

Land:

Region oder Stadt:

Seit wann sind Sie zurück?

- b) Waren Sie während dem Auslandsaufenthalt krank (z.B. Fieber)? ☐ Ja ☐ Nein
Oder haben Sie seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen?

Wenn ja, welche?

- c) Hatten Sie während der Schwangerschaft eine Chikungunya-, West-Nile- oder Dengue-Infektion? ☐ Ja ☐ Nein

- d) Hatten Sie oder Ihr Sexualpartner / Ihre Sexualpartnerin in den letzten 4 Monaten eine Zika-Infektion? ☐ Ja ☐ Nein

9. Malaria oder Risiko dafür

- a) Hatten Sie jemals Malaria? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann hatten Sie Malaria?



Mutter-ID Etikette

9. Malaria oder Risiko dafür - Fortsetzung -

- b) Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem Malaria-Risikogebiet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo waren Sie?

Land:

Region oder Stadt:

- c) Waren Sie in den letzten 4 Monaten in einem Malaria-Risikogebiet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo waren Sie?

Land:

Region oder Stadt:

Seit wann sind Sie zurück?

10. Chagas Krankheit oder Risiko dafür

- a) Hatten Sie jemals Chagas? Das ist eine Infektionskrankheit. ☐ Ja ☐ Nein

- b) Sind Sie ausserhalb Europas geboren oder aufgewachsen?
Oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? ☐ Ja ☐ Nein

In welchem Land?

Wann haben Sie dort gelebt?

- c) Ist Ihre leibliche Mutter (Grossmutter des Kindes) in Zentral- oder Südamerika
geboren oder aufgewachsen?
Oder hat Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? ☐ Ja ☐ Nein

In welchem Land?

Wann hat Ihre Mutter dort gelebt?

11. Infektionskrankheiten oder Risiko dafür

- a) Hatten Sie jemals eine dieser Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Tuberkulose ☐ Borreliose ☐ Brucellose ☐ Osteomyelitis

☐ Q-Fieber ☐ Toxoplasmose ☐ Babesiose ☐ Leishmaniose

Wenn ja, wann war das?

- b) Hat jemand, mit dem Sie engen Kontakt haben, eine aktive Tuberkulose?
Zum Beispiel jemand, den Sie pflegen oder jemand, der mit Ihnen
zusammenwohnt. ☐ Ja ☐ Nein



Mutter-ID Etikette

12. Gelbsucht und Hepatitis

- a) Hatten Sie jemals Gelbsucht, ausser der Neugeborenen-Gelbsucht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen dazu:

- b) Hatten Sie jemals eine Hepatitis? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Form? Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ E

- c) Hatte Ihr/e Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner/in in den letzten 12 Monaten eine Hepatitis? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Form? Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ E

- d) Hatte Ihr/e Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner/in in den letzten 12 Monaten eine Gelbsucht (eine Hepatitis mit anderer Ursache)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte geben Sie uns mehr Informationen dazu.

13. Risiko für HIV und Aufenthalt in Ländern mit hoher HIV-Infektionsrate

- a) Waren Sie in den letzten 12 Monaten für mindestens 6 Monate im Ausland? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo waren Sie?

Land:

Wann waren Sie dort?

- b) Gab es dort eine Situation, in der Sie sich vielleicht mit HIV angesteckt haben? ☐ Ja ☐ Nein

Zum Beispiel durch sexuelle Kontakte, eine medizinische Behandlung wie eine Bluttransfusion oder haben Sie ein Tattoo oder Piercing machen lassen?

14. Invasive Behandlungen oder Kontakt mit Fremdblut

- a) Hatten Sie in den letzten 2 Monaten ☐ Ja ☐ Nein

☐ Tätowierung ☐ Piercing ☐ permanent Make-up/Mikroblading
☐ Akupunktur ☐ Magen-, Darmspiegelung

Wenn ja, wann war das?

Wenn ja, wurden keimfreie (sterile) Instrumente verwendet? ☐ Ja ☐ Nein



Mutter-ID Etikette

14. Invasive Behandlungen oder Kontakt mit Fremdblut - Fortsetzung -

- b) Hatten Sie in den letzten 2 Monaten Kontakt mit Fremdblut? ☐ Ja ☐ Nein
z.B. Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Auge, Mund oder anderes

Wenn ja, wann war das?

15. Waren Sie in einer der folgenden Risikosituationen?

- a) Hatten Sie in den letzten 4 Monaten einen neuen Sexualpartner / eine neue Sexualpartnerin? ☐ Ja ☐ Nein
- b) Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte für die Sie Geld, Drogen oder Medikamente bekommen haben? ☐ Ja ☐ Nein
- c) Hatten Sie sexuelle Kontakte mit einem Partner, der in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit einem Mann hatte? ☐ Ja ☐ Nein
- d) Haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen gespritzt? Oder hat Ihnen jemand Drogen gespritzt? ☐ Ja ☐ Nein
- e) War ein Test für HIV, Syphilis oder Hepatitis C positiv? ☐ Ja ☐ Nein

16. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte

- a) mit einer Person, die in einer Risikosituation war, so wie in Frage 15 beschrieben? ☐ Ja ☐ Nein
- b) mit einer Person, die eine Bluttransfusion erhalten hat? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, in welchem Land war die Bluttransfusion?
- c) mit einer Person, die in einer Risikosituation war, in der sie sich mit HIV anstecken konnte.
Zum Beispiel durch sexuelle Kontakte, Tattoo, Piercing, medizinische Behandlung in einem Land, in dem viele Menschen HIV haben? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem Land war die Person?

17. Angaben zu sexuell übertragbaren Krankheiten und Behandlungen

- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Symptome von Chlamydien, Genitalherpes, Syphilis oder eine andere sexuell übertragbare Krankheit? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie dagegen eine Behandlung?

Wenn ja, welche Krankheit und was für eine Therapie?

.....



Mutter-ID Etikette

18. Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten?

*Hier geht es nur um den Vater und die Geschwister Ihres Kindes (keine weiteren Verwandtschaftsgrade).
Wenn ja, kreuzen Sie bitte an, wer die Krankheit hat oder hatte.*

- a) Krankheit der roten Blutkörperchen, z.B. Thalassämie, Sichelzellanämie ☐ Ja ☐ Nein

Welche Krankheit?
Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

- b) Aplastische Anämie ☐ Ja ☐ Nein

Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

- c) Blutplättchenkrankheit, z.B. Immunthrombozytopenie ☐ Ja ☐ Nein

Welche Krankheit?
Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

- d) Blutgerinnungsstörung, genetisch ☐ Ja ☐ Nein
z.B. Hämophilie, von Willebrand Krankheit, Mutation Faktor-V-Leiden

Welche Krankheit?
Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

- e) Stoffwechselkrankheit / Speicherkrankheit ☐ Ja ☐ Nein
z.B. Mukoviszidose, M. Tay-Sachs, M. Fabry, M. Gaucher, M. Niemann-Pick

Welche Krankheit?
Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

- f) Diabetes Typ I ☐ Ja ☐ Nein

Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

Diabetes Typ II

Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

MODY «Erwachsenendiabetes Typ II, der im Jugendalter beginnt»

Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

- g) Immunschwächekrankheit / angeborener Immundefekt ☐ Ja ☐ Nein

Welche Krankheit?
Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes



Mutter-ID Etikette

18. Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten? - Fortsetzung -

- h) Blutkrankheit, bösartig ☐ Ja ☐ Nein
z.B. Leukämie, Multiples Myelom, Myelodysplastisches Syndrom, Essenzielle
Thrombozythämie

Welche Krankheit?
Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

- i) Krebs ☐ Ja ☐ Nein

Welche Art von Krebs?
Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

- j) Andere Krankheiten ☐ Ja ☐ Nein

Welche Krankheit?
Wer? ☐ Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes

C. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

D. Bestätigung der Kindsmutter

Ich bestätige, dass die Daten zu meiner Person richtig sind.
Ich bestätige, dass ich bei meinen Antworten die Wahrheit gesagt habe.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum: Unterschrift der Kindsmutter:



Mutter-ID Etikette

Überprüfung des Fragebogens durch das Fachpersonal

E. Überprüfung des Fragebogens BEI DER REKRUTIERUNG

Bemerkungen zu Abschnitt B „Medizinischer Fragebogen“

Frage:

.....

.....

Frage:

.....

.....

Frage:

.....

.....

Frage:

.....

.....

Fragebogen geprüft bei Rekrutierung: Datum: Visum

Geburtsklinik (bitte Zutreffendes ankreuzen):

☐ Aarau

☐ Basel

☐ Bern

☐ Genf

☐ Tessin

Seite 12 ist vom Fachpersonal zum Zeitpunkt der Geburt auszufüllen.



Mutter-ID Etikette

F. Überprüfung des Fragebogens BEI DER GEBURT

1. Folgende Fragen müssen zum Zeitpunkt der Geburt erneut an die Schwangere gerichtet werden, um den Zeitraum zwischen Ausfüllen des Fragebogens und Geburt abzudecken.

- a) Krankheiten oder Änderungen des Gesundheitszustandes (**Frage 2**) ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- b) Änderungen bei Medikamenten und Impfungen (**Fragen 3, 4b**) ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- c) Änderungen bei Auslandsaufenthalten (**Frage 8a**) ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- d) Verändertes Verhalten im Hinblick auf Infektionsrisiko (**Fragen 14, 15, 16**) ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

2. Gesundheitszustand von Mutter und Kind (siehe partu Ausschlusskriterien)

- a) HELLP-Syndrom ☐ Ja ☐ Nein

- b) Infektzeichen mit Fieber über 38,5°C bei der Mutter
(z.B. V.a. Amnioninfektsyndrom) ☐ Ja ☐ Nein

- c) Fehlbildungen, angeborene Krankheiten, Infektionskrankheiten oder
Infektzeichen beim Neugeborenen ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

- d) Geburt <37+6 Schwangerschaftswoche ☐ Ja ☐ Nein

- e) Mehrlingsschwangerschaft ☐ Ja ☐ Nein

G. BESTÄTIGUNG DER SPENDETAUGLICHKEIT durch die Ärztin / den Arzt

Nachdem ich den medizinischen Fragebogen und die Krankengeschichte der Schwangeren 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, sexuell übertragbare Erkrankungen) hinweisen. Gemäss der mir vorliegenden Unterlagen und 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.

Ärztin / Arzt

Name, Vorname:

Datum: Unterschrift Ärztin / Arzt: