

**Medical history form for collection of umbilical cord blood/tissue**  
[Anamnesefragebogen für die Entnahme von Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe]

SOP WK-EN-003.13 – Appendix 1, version dated 15/11/2018  
[SOP WK-003.13 - Anlage 1, Fassung vom 15.11.2018]

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?] <b>If "no", why?</b> _____ [Wenn „Nein“, weshalb?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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?] <b>If "yes", which pharmaceutical, when did you take it, for how long and why?</b> _____ [Wenn „Ja“, wann, welche, wie lange und weshalb?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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.: Kindervunschbehandlung) ein, die bereits vor der Schwangerschaft bestanden?] <b>If "yes", which pharmaceutical, when did you take it, for how long and why?</b> _____ [Wenn „Ja“, wann, welche, wie lange und weshalb?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																					
4.	Have any problems occurred during your pregnancy? [Sind bei Ihnen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten aufgetreten?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																					
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fever [Fieber]</td> <td><input type="checkbox"/> Loss of weight [Gewichtsverlust]</td> <td><input type="checkbox"/> Night perspiration [Nachtschweiß]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jaundice [Gelbsucht]</td> <td><input type="checkbox"/> Cough [Husten]</td> <td><input type="checkbox"/> Skin diseases [Hauterkrankungen]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Swollen lymph nodes [Lymphknotenschwellung]</td> <td><input type="checkbox"/> Seizures/fainting [Krampf-/Ohnmachtsanfälle]</td> <td><input type="checkbox"/> Circulatory disturbances [Durchblutungsstörungen]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heart troubles [Herzbeschwerden]</td> <td><input type="checkbox"/> Coagulation disturbances [Gerinnungsstörungen]</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes treated with insulin [Diabetes mit Insulintherapie]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Respiratory diseases [Atemwegserkrankung]</td> <td><input type="checkbox"/> Gastrointestinal diseases [Magen-/Darmerkrankungen]</td> <td><input type="checkbox"/> Nephritis/cystitis [Nieren-/Blasenentzündungen]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gestosis [Gestose]</td> <td><input type="checkbox"/> HELLP syndrome [HELLP-Syndrom]</td> <td><input type="checkbox"/> Unusual bleeding/thromboses [ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other: [Sonstige]</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Fever [Fieber]	<input type="checkbox"/> Loss of weight [Gewichtsverlust]	<input type="checkbox"/> Night perspiration [Nachtschweiß]	<input type="checkbox"/> Jaundice [Gelbsucht]	<input type="checkbox"/> Cough [Husten]	<input type="checkbox"/> Skin diseases [Hauterkrankungen]	<input type="checkbox"/> Swollen lymph nodes [Lymphknotenschwellung]	<input type="checkbox"/> Seizures/fainting [Krampf-/Ohnmachtsanfälle]	<input type="checkbox"/> Circulatory disturbances [Durchblutungsstörungen]	<input type="checkbox"/> Heart troubles [Herzbeschwerden]	<input type="checkbox"/> Coagulation disturbances [Gerinnungsstörungen]	<input type="checkbox"/> Diabetes treated with insulin [Diabetes mit Insulintherapie]	<input type="checkbox"/> Respiratory diseases [Atemwegserkrankung]	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal diseases [Magen-/Darmerkrankungen]	<input type="checkbox"/> Nephritis/cystitis [Nieren-/Blasenentzündungen]	<input type="checkbox"/> Gestosis [Gestose]	<input type="checkbox"/> HELLP syndrome [HELLP-Syndrom]	<input type="checkbox"/> Unusual bleeding/thromboses [ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen]	<input type="checkbox"/> Other: [Sonstige]				
<input type="checkbox"/> Fever [Fieber]	<input type="checkbox"/> Loss of weight [Gewichtsverlust]	<input type="checkbox"/> Night perspiration [Nachtschweiß]																						
<input type="checkbox"/> Jaundice [Gelbsucht]	<input type="checkbox"/> Cough [Husten]	<input type="checkbox"/> Skin diseases [Hauterkrankungen]																						
<input type="checkbox"/> Swollen lymph nodes [Lymphknotenschwellung]	<input type="checkbox"/> Seizures/fainting [Krampf-/Ohnmachtsanfälle]	<input type="checkbox"/> Circulatory disturbances [Durchblutungsstörungen]																						
<input type="checkbox"/> Heart troubles [Herzbeschwerden]	<input type="checkbox"/> Coagulation disturbances [Gerinnungsstörungen]	<input type="checkbox"/> Diabetes treated with insulin [Diabetes mit Insulintherapie]																						
<input type="checkbox"/> Respiratory diseases [Atemwegserkrankung]	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal diseases [Magen-/Darmerkrankungen]	<input type="checkbox"/> Nephritis/cystitis [Nieren-/Blasenentzündungen]																						
<input type="checkbox"/> Gestosis [Gestose]	<input type="checkbox"/> HELLP syndrome [HELLP-Syndrom]	<input type="checkbox"/> Unusual bleeding/thromboses [ungewöhnliche Blutungen/Thrombosen]																						
<input type="checkbox"/> Other: [Sonstige]																								
	<b>If "yes", when? Date:</b> __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wann? Datum]																							
	Are you getting any treatment? Since when are you cured? _____ [Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt?]																							

5.	<p>Has any infection occurred during your pregnancy? [Ist bei Ihnen eine Infektion in der Schwangerschaft aufgetreten?]</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis [Toxoplasmose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis [Chlamydia trachomatis]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Cytomegalia [Cytomegalie]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> HIV infection [HIV-Infektion]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> German measles [Röteln]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Hepatitis A [Hepatitis A]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Hepatitis B [Hepatitis B]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Hepatitis C [Hepatitis C]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Listeriosis [Listeriose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Syphilis [Syphilis]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Borreliosis [Borreliose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Mycosis [Pilzinfektion]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Gonorrhoea [Gonorrhoe]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Salmonella typhi/paratyphi [Salmonella typhi/paratyphi]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Malaria [Malaria]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Osteomyelitis [Osteomyelitis]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Q fever [Q-Fieber]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Tuberculosis [Tuberkulose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Zika virus infection [Zika-Virus-Infektion]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Dengue fever [Dengue-Fieber]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> West Nile fever [West-Nil-Fieber]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Fifth disease [Ringelröteln]         </div> </div> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ [Sonstige]</p> <p><b>If "yes", when? Date: __ / __ / ____</b> [Wenn „Ja“, wann? Datum]</p> <p>Are you getting any treatment? Since when are you cured? _____ [Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt?]</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
6.	<p>Have you ever been diagnosed with any infection (disease) or do you know about its presence? [Wurde bei Ihnen jemals irgendeine Infektion (Krankheit) nachgewiesen bzw. ist eine bekannt?]</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> HIV infection [HIV-Infektion]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> HTLV I/II infection [HTLV I/II-Infektion]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Hepatitis C [Hepatitis C]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Hepatitis A [Hepatitis A]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Leprosy [Lepra]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Osteomyelitis [Osteomyelitis]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Brucellosis [Brucellose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Rickettsiosis [Rickettsiose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Q fever [Q-Fieber]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Malaria [Malaria]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Relapsing fever [Rückfallfieber]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Tularemia [Tularämie]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Babesiosis [Babesiose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Tuberculosis [Tuberkulose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Soft ulcer [Ulcus molle]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Syphilis [Syphilis]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Lymphogranuloma venereum [Lymphopathia venerea]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Melioidosis [Melioidose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis [Toxoplasmose]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Dengue fever [Dengue-Fieber]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Leishmaniasis [Leishmaniasis]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Trypanosomiasis (Chagas disease or sleeping sickness) [Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit)]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Zika virus infection [Zika-Virus-Infektion]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Typhus fever and other rickettsioses [Fleckfieber und andere Rickettsiosen]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Paratyphoid fever/chronic salmonellae carrier [Paratyphus-/Salmonellen-Dauerausscheider]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> West Nile fever [West-Nil Fieber]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Epstein-Barr virus (EBV) [Epstein-Barr-Virus (EBV)]         </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> infectious hepatitis of unknown etiology [infektiöse Hepatitis unklarer Ätiologie]         </div> </div> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ [Sonstige]</p> <p><b>If "yes", when? Date: __ / __ / ____</b> [Wenn „Ja“, wann? Datum]</p> <p>Are you getting any treatment? Since when are you cured? _____ [Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt?]</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
7.	<p>Are you <b>currently</b> suffering or did you suffer <b>within the last 4 weeks</b> from febrile diseases and/or diarrhea of unknown cause? Which disease occurred? [Leiden Sie zurzeit bzw. sind in den letzten 4 Wochen fieberhafte Erkrankungen und/oder Durchfallerkrankungen unklarer Ursachen aufgetreten?]</p> <p><b>If "yes", how are/were you treated? _____</b>      <b>When? Date: __ / __ / ____</b> [Wenn „Ja“, wie werden/wurden Sie behandelt?]</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
8.	<p>Did you receive an <b>anti D prophylaxis</b> (so-called rhesus prophylaxis) during your pregnancy? [Haben Sie eine Anti-D-Prophylaxe (sog. Rhesusprophylaxe) in der Schwangerschaft erhalten?]</p> <p><b>If "yes", did you take Rhesogam, Rhophylac200, Rhophylac300, Partobulin SDF, or Rhesonativ?</b> [Wenn „Ja“, haben Sie Rhesogam, Rhophylac200, Rhophylac300, Partobulin SDF oder Rhesonativ erhalten?]</p> <p>Which pharmaceutical did you take? _____ [Welches Präparat haben Sie erhalten?]</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
9.	<p>Did you have any surgery or major dental treatment <b>within the last 4 months</b>? [Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung?]</p> <p><b>If "yes", what kind of? _____</b>      <b>When? Date: __ / __ / ____</b> [Wenn „Ja“, welche?]</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
10.	<p>Were any endoscopies/biopsies/catheter applications <b>except with disposable catheters</b> performed <b>within the last 4 months</b>? [Wurden bei Ihnen in den letzten 4 Monaten Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern durchgeführt?]</p> <p><b>If "yes", why? _____</b>      <b>When? Date: __ / __ / ____</b> [Wenn „Ja“, warum?]</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)]

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

18.4	<p>Did you <b>ever</b> suffer from malaria? [Hatten Sie jemals eine Malaria?]</p> <p>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!)]</p>	<p><b>If "yes", when? Date: __ / __ / ____</b> [Wenn „Ja“, wann? Datum]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
19.1	<p>Did you come into intimate contact with persons who belong or must be related to a group* with an <b>increased infection risk for hepatitis B, hepatitis C and/or HIV within the last 4 months?</b> [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?]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p>	
19.2	<p>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?]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p>	
19.3	<p><b>Do you belong to a group* with an increased infection risk for hepatitis B, hepatitis C and/or HIV?</b> [Gehören Sie einer Gruppe* mit erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV an?]</p> <p>* 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]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p>	
20.	<p>Did you have the <b>permanent centre of your life for more than 6 months</b> 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?]</p> <p><b>If "yes", was your last stay more than 4 months ago?</b> [Wenn „Ja“, liegt der letzte Aufenthalt länger als 4 Monate zurück?]</p> <p>Where and how long? _____ When? Date: __ / __ / ____ [Wo und wie lange? _____ [Wann? Datum]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Yes</p>	
21.	<p>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?]</p> <p><b>If "yes", who contracted which type of hepatitis?</b> _____ When? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wer ist an welcher Hepatitis erkrankt? _____ [Wann? Datum]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p>	
22.	<p>Were you <b>ever</b> proved to be infected with hepatitis B (HBV infected)? [Wurde bei Ihnen jemals eine Hepatitis B-Infektion (HBV-Infektion) nachgewiesen?]</p> <p>Can it be proved that the infection is cured? [Ist die Infektion nachweislich ausgeheilt?]</p> <p><b>If "yes", when? Date: __ / __ / ____</b> [Wenn „Ja“, wann? Datum]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	
23.	<p>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 <b>4 weeks</b> (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)?]</p> <p><b>If "yes", where (country/region)?</b> _____ [Wenn „Ja“, wo (Land/Region)?]</p> <p>When? From: __ / __ / ____ to __ / __ / ____ [Wann? Von: _ bis _]</p> <p>Were you suspected of being affected and was a genome test performed? [Bestand bei Ihnen der Verdacht einer Erkrankung und wurde eine Genomtestung durchgeführt?]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	
24.	<p>Did you stay in a Chikungunya fever-endemic area (South and Southeast Asia, China, Saudi Arabia, Yemen, Africa, Mauritius, La Réunion, Caribbean, France, Italy, USA, Middle and South America, Pacific Islands) and did you return from this region not <b>earlier than two weeks ago?</b> [Haben Sie sich in einem Endemiegebiet für Chikungunya-Fieber (Süd-, Südostasien, China, Saudi-Arabien, Jemen, Afrika, Mauritius, La Réunion, Karibik, Frankreich, Italien, USA, Mittel- und Südamerika, Pazifische Inseln) aufgehalten und sind Sie aus diesem Gebiet innerhalb der letzten zwei Wochen zurückgekehrt?]</p> <p><b>If "yes", where?</b> _____ When? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wo? _____ [Wann? Datum]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p>	
25.	<p>Did you stay, even for a short time, in an endemic area for Zika virus infections (South and Middle America, Caribbean, Florida, Cape Verde, Senegal, Guinea-Bissau, Cameroon, Gabon, Maldives, South-east Asia, Oceania, Pacific Islands) <b>within the last 4 weeks?</b> [Haben Sie sich den <b>letzten 4 Wochen</b>, auch nur kurzzeitig, in einem Endemiegebiet für Zika-Virus-Infektionen (Süd-, Mittelamerika, Karibik, Florida, Kapverden, Senegal, Guinea-Bissau, Kamerun, Gabun, Malediven, Südostasien, Ozeanien, Pazifische Inseln) aufgehalten?]</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p>	

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)]

26.1	Did you stay in a SARS-endemic area <b>within the last 4 weeks</b> ? [Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen in einem SARS-Endemiegebiet aufgehalten?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
26.2	Did you stay in another endemic area defined by the WHO where transmissions already were established <b>within the last 4 weeks</b> ? [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? _____ When? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wo?] [Wann? Datum]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
27.1	Are or were you alcohol-addicted, medical drug addicted or drug-addicted? Do/did you abuse medical drugs or drugs? [Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig? Nehmen/Nahmen Sie missbräuchlich Medikamente oder Drogen zu sich?]  If "yes", which ones? _____ When? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, welche?] [Wann? Datum]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
27.2	Do/did you abuse medical drugs or drugs during pregnancy? [Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft?]  If "yes", how applicated? _____ When ultimately? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wie eingenommen?] [Wann letztmalig? Datum]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
28.	Did you <b>ever</b> receive xenografts (e.g. organs, parts of organs, or tissue of animal origin)? [Haben Sie jemals Xenotransplantate (z. B. Organe, Organteile oder Gewebe tierischen Ursprungs) erhalten?]  If "yes", what kind of? _____ When? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, was?] [Wann? Datum]  Why? _____ [Weshalb?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
29.1	Were <b>you</b> ever <b>suspected</b> of suffering from a Creutzfeldt-Jakob disease or a variant of this disease or another TSE? [Bestand bei Ihnen jemals der Verdacht einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder einer Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
29.2	Did <b>you or one ore more of your blood relatives</b> suffer from a Creutzfeldt-Jakob disease or a variant of this disease or another TSE? [Ist bei Ihnen oder einem oder mehreren ihrer Blutsverwandten eine Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder eine Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE aufgetreten?]  Who? _____ [Bei wem?]  If "yes", how was the condition diagnosed? _____ [Wenn „Ja“, wie wurde die Krankheit diagnostiziert?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
30.	Were you ever or are you suffering from rheumatic fever? [Waren Sie jemals oder sind Sie an rheumatischem Fieber erkrankt?]  If "yes", when? Date: __ / __ / ____ [Wenn „Ja“, wann? Datum]  Were or are you getting treatment? How? _____ When? Date: __ / __ / ____ [Wurden oder werden Sie behandelt? Womit?] [Wann? Datum]  Has the treatment been completed for more than 2 years? If "yes", since when? Date: __ / __ / ____ [Ist die Behandlung seit mehr als 2 Jahren abgeschlossen? Wenn „Ja“, seit wann? Datum]  Do you show symptoms of a chronic heart disease since then? [Bestehen bei Ihnen seither Anzeichen für eine chronische Herzerkrankung?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
31.	Are or were you suffering from malignant tumors or hematopoietic disturbances? [Leiden oder litten Sie an einer bösartigen Tumorerkrankung oder Blutbildungsstörung?]  If "yes", when? Date: __ / __ / ____ Which one? _____ [Wenn „Ja“, Datum] [Woran?]  How were you treated? _____ [Wie wurden Sie behandelt?]  Has the treatment been completed? _____ If "yes", since when? Date: __ / __ / ____ [Ist die Behandlung abgeschlossen?] [Wenn „Ja“, seit wann? Datum]  Are you cured? _____ If "yes", since when? Date: __ / __ / ____ [Sind Sie geheilt?] [Wenn „Ja“, seit wann? Datum]  Did the regular check-ups result in normal findings? [Waren die regelmäßigen Nachkontrollen unauffällig?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
32.	With regard to your current pregnancy, were you treated with <b>donated egg cells or sperm cells</b> 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?]	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

33. Have **you or your husband** or one of your **family members** suffered from one of the **diseases/syndromes** listed below?  No  Yes  
 [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!]

<b>Known disease/syndrome</b> [Bekannt(e) Krankheit/Syndrom]	<b>Mother-to-be</b> [werdende Mutter]	<b>Father-to-be</b> [werdender Vater]	<b>Siblings-to-be</b> [werdende Geschwister]	<b>Grandparents-to-be</b> [werdende Großeltern]	<b>Diagnosis/remark</b> [Diagnose / Bemerkung] (when, who, therapy) [(wann, wer, Therapie)]
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malignant tumors/neoplasia [bösartige Tumoren/Neoplasien]</li> <li>• Leukemia [Leukämie]</li> <li>• Myeloproliferative disease [Myeloproliferative Erkrankung]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Diabetes</b> [Diabetes] <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type I [Typ I]</li> <li>• Type II [Typ II]</li> </ul> Start of disease/age [Beginn der Erkrankung/Alter]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Medical condition of red blood cells</b> [Erkrankung roter Blutzellen] <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sickle cell disease [Sichelzellerkrankung]</li> <li>• Thalassemia [Thalassämie]</li> <li>• Fanconi's anemia [Fanconi-Anämie]</li> <li>• Spherocytosis [Sphärozytose]</li> <li>• Elliptocytosis [Elliptocytose]</li> <li>• Blackfan Diamond anemia [Blackfan-Diamond-Anämie]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Medical condition of white blood cells</b> [Erkrankung weißer Blutzellen] <ul style="list-style-type: none"> <li>• SCID (Severe Combined Immunodeficiency) [SCID (Severe Combined Immunodeficiency)]</li> <li>• Chronic granulomatosis [Chron. Granulomatose]</li> <li>• Ataxia teleangiectasia [Ataxia teleangiectasia]</li> <li>• Agammaglobulinemia [Agammaglobulinämie]</li> <li>• Wiskott-Aldrich syndrome [Wiskott-Aldrich-Syndrom]</li> <li>• Nézelof syndrome [Nézelof-Syndrom]</li> <li>• ADA or PNP deficiency [ADA- oder PNP-Mangel]</li> <li>• DiGeorge syndrome [DiGeorge-Syndrom]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Medical condition of platelets</b> [Erkrankung Blutplättchen] <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glanzmann-Naegeli syndrome [Glanzmann-Naegeli-Syndrom]</li> <li>• Hereditary thrombocytopenia [Hereditäre Thrombozytopenie]</li> <li>• Hereditary telangiectasis [Hereditäre Teleangiektasien]</li> <li>• Storage Pool disease [Storage-Pool-Syndrom]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Accumulation diseases</b> [Speicherkrankheiten] <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leukodystrophias [Leukodystrophien]</li> <li>• Tay Sachs disease [Tay-Sachs-Syndrom]</li> <li>• Gaucher's disease [Gaucher Krankheit]</li> <li>• Hurler syndrome [Hurler-Syndrom]</li> <li>• Hunter syndrome [Hunter-Syndrom]</li> <li>• Sanfilippo syndrome [Sanfilippo-Syndrom]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Chromosome abnormalities</b> [Chromosomenanomalien] <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulrich-Turner syndrome [Ulrich-Turner-Syndrom]</li> <li>• Trisomy 21 [Trisomie 21]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergies – severe forms, e.g. Quincke's edema requiring treatment [Allergien – schwere Verlaufsformen, z. B. behandlungsbedürftiges Quincke-Ödem]</li> <li>• Asthma – severe bronchial asthma [Asthma – schweres Asthma bronchiale]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hereditary skin diseases [Erbliche Hauterkrankungen]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoimmune diseases (e.g. rheumatism, multiple sclerosis) [Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheuma, Multiple Sklerose)]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muscular dystrophy [Muskeldystrophie]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alport syndrome [Alport-Syndrom]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Others [Andere]</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 hiemit 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.

By signing this form, I confirm that

- I have read and understood the provided information material,
- I took note of the information on the protection of medical data,
- I had the opportunity to ask questions,
- I received satisfactory answers to the questions asked,
- I am aware of the fact that incomplete or untruthful data may lead to serious health conditions of the recipients of stem cells,
- I provided the information to the best of my knowledge and belief.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift,

- dass das zur Verfügung gestellte Aufklärungsmaterial gelesen und verstanden wurde,
- dass die Informationen zum Schutz der medizinischen Daten von mir zur Kenntnis genommen wurden,
- dass ich Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen,
- dass ich zufriedenstellende Antworten auf gestellte Fragen erhalten habe,
- dass ich mir bewusst bin, dass unvollständige bzw. nicht wahrheitsgemäße Angaben zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Empfängers der Stammzellen führen können,
- alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden.

**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]