

Postanschrift

**Ärztlicher Leiter • Vita 34 AG**  
Perlickstraße 5  
04103 Leipzig  
Deutschland

**Follow-up anamnesis form for collection of umbilical cord blood/tissue**  
[Nachanamnese für die Entnahme von Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe]

SOP WK-EN-003.12 – Appendix 1b, version dated 20/10/2016  
[SOP WK-003.12 - Anlage 1b, Fassung vom 20.10.2016]

**Important notice:** You have already filled in the detailed medical history form. To definitely assess the quality of the umbilical cord blood/tissue, it is additionally required that after the delivery you give us current information with regard to diseases, irregularities, and infections in this second, short anamnesis form.

The questions in this follow-up anamnesis form are legally mandatory and intended to assess your health and that of your child/children as well as possible infection risks just before the delivery and thus protect the later recipient from adverse effects and infections.

For that reason, please answer the following questions truthfully, accurately, and completely and return the follow-up anamnesis form to the above given address within 14 days.

The follow-up anamnesis form is part of the Vita 34 documentation and must be available, just like the detailed medical history form. If you have any questions, our service team will be readily available for consultation on the free phone number: D: 0800 034 00 01, A/CH: 00800 034 00 000. Thank you for your help.

[Wichtiger Hinweis: Sie haben bereits den ausführlichen Anamnesefragebogen ausgefüllt. Um die Qualität der Stammzellen aus Nabelschnurblut/Nabelschnurgewebe sicher beurteilen zu können, benötigen wir zudem nach Ihrer Entbindung in diesem zweiten kurzen Anamnesefragebogen Ihre aktuellen Angaben zu Erkrankungen, Auffälligkeiten und Infektionen.

Die Fragen in diesem Nachanamnesefragebogen sind in Art und Umfang behördlich vorgeschrieben und haben den Zweck, Ihre eigene Gesundheit bzw. die Ihres Kindes/Ihrer Kinder sowie mögliche Infektionsrisiken kurz vor der Geburt einzuschätzen und somit den späteren Empfänger vor unerwünschten Nebenwirkungen und Infektionen zu schützen. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, uns die Fragen wahrheitsgemäß, gewissenhaft und vollständig zu beantworten und uns den Nachanamnesefragebogen unterschrieben innerhalb der nächsten 14 Tage zuzusenden. Die Nachanamnese ist Bestandteil der Unterlagen bei Vita 34 und muss, wie auch der ausführliche Anamnesefragebogen, unbedingt vorliegen.

Bei Fragen berät Sie unsere Fachberatung gern unter der gebührenfreien Telefonnummer: 0800 034 00 01. Vielen Dank!]

**1. Personal data of the mother of the newborn/s**  
[Personalien der Mutter des/der Neugeborenen]

**ID-No.** ..... 0 / ..... 0  
**[ID-Nr.]**

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Name/maiden name:<br>[Name/Geburtsname] | First name:<br>[Vorname]       |
| Street:<br>[Straße]                     | ZIP code, place:<br>[PLZ/Ort]  |
| Date of birth:<br>[Geburtsdatum]        | Telephone number:<br>[Telefon] |

**2. General medical history of the mother of the newborn/s**  
[Allgemeine Anamnese der Mutter des/der Neugeborenen]

**Birth date of child/ren:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
**[Geburtsdatum Kinder(er)]**

|  |  |   |  |   |   |   |  |   |  |   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |  |  |   |
|--|--|---|--|---|---|---|--|---|--|---|---|---|--|--|--|---|---|---|---|--|--|---|
| <p>A. Do you generally take or did you take any pharmaceuticals during the pregnancy due to an illness (e.g. epilepsy, autoimmune disease) or other problems?<br/>[Nehmen Sie generell, oder nahmen Sie während der Schwangerschaft wegen einer Erkrankung (z. B. Epilepsie, Autoimmunerkrankung) oder sonstigen Auffälligkeiten Medikamente ein?]</p> <p><b>If "yes", which pharmaceutical, when did you take it, for how long and why?</b><br/>[Wenn „Ja“, wann, welche, wie lange und weshalb?]</p>   | <p><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p>    |   |  |   |   |   |  |   |  |   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |  |  |   |
| <p>B. Have any problems occurred during your pregnancy?<br/>[Sind bei Ihnen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten aufgetreten?]</p> <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"/> rheumatic fever [rheumatisches Fieber]</td> <td><input type="checkbox"/> Other: _____ [Sonstige]</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>If "yes", when? Date:</b> ___ / ___ / ____ <b>Are you getting any treatment? Since when are you cured?</b><br/>[Wenn „Ja“, wann? Datum] [Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt?]</p> | <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"/> rheumatic fever [rheumatisches Fieber] | <input type="checkbox"/> Other: _____ [Sonstige] |  | <p><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> <b>Yes</b></p> |
| <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"/> rheumatic fever [rheumatisches Fieber]  | <input type="checkbox"/> Other: _____ [Sonstige]                             |   |  |   |   |   |  |   |  |   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |  |  |   |

|   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|--|---|--|--|---|---|--|---|--|--|---|--|---|--|--|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|--|
| C.  | <p>Has any infection occurred during your pregnancy?<br/>[Ist bei Ihnen eine Infektion in der Schwangerschaft aufgetreten?]</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toxoplasmosis<br/>[Toxoplasmose]</td> <td><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis<br/>[Chlamydia trachomatis]</td> <td><input type="checkbox"/> Cytomegalia<br/>[Cytomegalie]</td> <td><input type="checkbox"/> Fifth disease<br/>[Ringelröteln]</td> <td><input type="checkbox"/> German measles<br/>[Röteln]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis A<br/>[Hepatitis A]</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis B<br/>[Hepatitis B]</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis C<br/>[Hepatitis C]</td> <td><input type="checkbox"/> HIV infektion<br/>[HIV-Infektion]</td> <td><input type="checkbox"/> HTLV I/II infektion<br/>[HTLV I/II-Infektion]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leprosy<br/>[Lepra]</td> <td><input type="checkbox"/> Borreliosis<br/>[Borreliose]</td> <td><input type="checkbox"/> Mycosis<br/>[Pilzinfektion]</td> <td><input type="checkbox"/> Gonorrhoe<br/>[Gonorrhoe]</td> <td><input type="checkbox"/> Relapsing fever<br/>[Rückfallfieber]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Osteomyelitis<br/>[Osteomyelitis]</td> <td><input type="checkbox"/> Q fever<br/>[Q-Fieber]</td> <td><input type="checkbox"/> Tuberculosis<br/>[Tuberkulose]</td> <td><input type="checkbox"/> Salmonella typhi/paratyphi<br/>[Salmonella typhi/paratyphi]</td> <td><input type="checkbox"/> Tularemia<br/>[Tularämie]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dengue fever<br/>[Dengue-Fieber]</td> <td><input type="checkbox"/> West Nile fever<br/>[West-Nil-Fieber]</td> <td><input type="checkbox"/> Brucellosis<br/>[Brucellose]</td> <td><input type="checkbox"/> Rickettsiosis<br/>[Rickettsiose]</td> <td><input type="checkbox"/> Trypanosomiasis<br/>[Trypanosomiasis]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soft ulcer<br/>[Ulcus molle]</td> <td><input type="checkbox"/> Lymphogranuloma venereum<br/>[Lymphopathia venerea]</td> <td><input type="checkbox"/> Melioidosis<br/>[Melioidose]</td> <td><input type="checkbox"/> Leishmaniasis<br/>[Leishmaniose]</td> <td><input type="checkbox"/> Malaria<br/>[Malaria]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infectious hepatitis<br/>[infektiöse Hepatitis]</td> <td><input type="checkbox"/> Epstein-Barr virus (EBV)<br/>[Epstein-Barr-Virus (EBV)]</td> <td><input type="checkbox"/> Typhus fever and other rickettsioses<br/>[Fleckfieber und andere Rickettsiosen]</td> <td><input type="checkbox"/> Syphilis<br/>[Syphilis]</td> <td><input type="checkbox"/> Listeriosis<br/>[Listeriose]</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Babesiosis<br/>[Babesiose]</td> <td><input type="checkbox"/> Zika virus infection<br/>[Zika-Virus-Infektion]</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Other:<br/>[Sonstige]</p> <p>If "yes", when? Date: __ / __ / ____ Are you getting any treatment? Since when are you cured? _____<br/>[Wenn „Ja“, wann? Datum] [Werden Sie behandelt bzw. seit wann sind Sie geheilt?]</p> | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis<br>[Toxoplasmose]  | <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis<br>[Chlamydia trachomatis]           | <input type="checkbox"/> Cytomegalia<br>[Cytomegalie]                   | <input type="checkbox"/> Fifth disease<br>[Ringelröteln] | <input type="checkbox"/> German measles<br>[Röteln] | <input type="checkbox"/> Hepatitis A<br>[Hepatitis A] | <input type="checkbox"/> Hepatitis B<br>[Hepatitis B] | <input type="checkbox"/> Hepatitis C<br>[Hepatitis C] | <input type="checkbox"/> HIV infektion<br>[HIV-Infektion] | <input type="checkbox"/> HTLV I/II infektion<br>[HTLV I/II-Infektion] | <input type="checkbox"/> Leprosy<br>[Lepra] | <input type="checkbox"/> Borreliosis<br>[Borreliose] | <input type="checkbox"/> Mycosis<br>[Pilzinfektion] | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe<br>[Gonorrhoe] | <input type="checkbox"/> Relapsing fever<br>[Rückfallfieber] | <input type="checkbox"/> Osteomyelitis<br>[Osteomyelitis] | <input type="checkbox"/> Q fever<br>[Q-Fieber] | <input type="checkbox"/> Tuberculosis<br>[Tuberkulose] | <input type="checkbox"/> Salmonella typhi/paratyphi<br>[Salmonella typhi/paratyphi] | <input type="checkbox"/> Tularemia<br>[Tularämie] | <input type="checkbox"/> Dengue fever<br>[Dengue-Fieber] | <input type="checkbox"/> West Nile fever<br>[West-Nil-Fieber] | <input type="checkbox"/> Brucellosis<br>[Brucellose] | <input type="checkbox"/> Rickettsiosis<br>[Rickettsiose] | <input type="checkbox"/> Trypanosomiasis<br>[Trypanosomiasis] | <input type="checkbox"/> Soft ulcer<br>[Ulcus molle] | <input type="checkbox"/> Lymphogranuloma venereum<br>[Lymphopathia venerea] | <input type="checkbox"/> Melioidosis<br>[Melioidose] | <input type="checkbox"/> Leishmaniasis<br>[Leishmaniose] | <input type="checkbox"/> Malaria<br>[Malaria] | <input type="checkbox"/> Infectious hepatitis<br>[infektiöse Hepatitis] | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr virus (EBV)<br>[Epstein-Barr-Virus (EBV)] | <input type="checkbox"/> Typhus fever and other rickettsioses<br>[Fleckfieber und andere Rickettsiosen] | <input type="checkbox"/> Syphilis<br>[Syphilis] | <input type="checkbox"/> Listeriosis<br>[Listeriose] |  |  |  | <input type="checkbox"/> Babesiosis<br>[Babesiose] | <input type="checkbox"/> Zika virus infection<br>[Zika-Virus-Infektion] |  |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis<br>[Toxoplasmose]                | <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis<br>[Chlamydia trachomatis]   | <input type="checkbox"/> Cytomegalia<br>[Cytomegalie]   | <input type="checkbox"/> Fifth disease<br>[Ringelröteln]                            | <input type="checkbox"/> German measles<br>[Röteln]                     |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A<br>[Hepatitis A]                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis B<br>[Hepatitis B]   | <input type="checkbox"/> Hepatitis C<br>[Hepatitis C]   | <input type="checkbox"/> HIV infektion<br>[HIV-Infektion]                           | <input type="checkbox"/> HTLV I/II infektion<br>[HTLV I/II-Infektion]   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Leprosy<br>[Lepra]                             | <input type="checkbox"/> Borreliosis<br>[Borreliose]  | <input type="checkbox"/> Mycosis<br>[Pilzinfektion]   | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe<br>[Gonorrhoe]                                   | <input type="checkbox"/> Relapsing fever<br>[Rückfallfieber]            |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Osteomyelitis<br>[Osteomyelitis]               | <input type="checkbox"/> Q fever<br>[Q-Fieber]  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis<br>[Tuberkulose]  | <input type="checkbox"/> Salmonella typhi/paratyphi<br>[Salmonella typhi/paratyphi] | <input type="checkbox"/> Tularemia<br>[Tularämie]                       |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Dengue fever<br>[Dengue-Fieber]                | <input type="checkbox"/> West Nile fever<br>[West-Nil-Fieber]   | <input type="checkbox"/> Brucellosis<br>[Brucellose]  | <input type="checkbox"/> Rickettsiosis<br>[Rickettsiose]                            | <input type="checkbox"/> Trypanosomiasis<br>[Trypanosomiasis]           |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Soft ulcer<br>[Ulcus molle]                    | <input type="checkbox"/> Lymphogranuloma venereum<br>[Lymphopathia venerea]   | <input type="checkbox"/> Melioidosis<br>[Melioidose]  | <input type="checkbox"/> Leishmaniasis<br>[Leishmaniose]                            | <input type="checkbox"/> Malaria<br>[Malaria]                           |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Infectious hepatitis<br>[infektiöse Hepatitis] | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr virus (EBV)<br>[Epstein-Barr-Virus (EBV)]   | <input type="checkbox"/> Typhus fever and other rickettsioses<br>[Fleckfieber und andere Rickettsiosen]                         | <input type="checkbox"/> Syphilis<br>[Syphilis]                                     | <input type="checkbox"/> Listeriosis<br>[Listeriose]                    |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Babesiosis<br>[Babesiose]                                  | <input type="checkbox"/> Zika virus infection<br>[Zika-Virus-Infektion] |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| D.  | <p>Did you suffer <b>within the last 4 weeks before the delivery</b> from febrile diseases and/or diarrhea of unknown cause? Which disease occurred? _____<br/>[Litten Sie in den letzten 4 Wochen vor Entbindung an fieberhaften Erkrankungen und/oder an Durchfallerkrankungen unklarer Ursachen? Was ist aufgetreten?]</p> <p>If "yes", how are/were you treated? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wie werden/wurden Sie behandelt?]</p>   | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| E.  | <p>Did you have any surgery or major dental treatment <b>within the last 4 months before the delivery?</b><br/>[Hatten Sie in den letzten 4 Monaten vor Entbindung eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung?]</p> <p>If "yes", what kind of? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, welche?]</p>   | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| F.  | <p>Were any endoscopies/biopsies/catheter applications <b>except with disposable catheters</b> performed <b>within the last 4 months before the delivery?</b><br/>[Wurden bei Ihnen in den letzten 4 Monaten vor Entbindung Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern durchgeführt?]</p> <p>If "yes", why? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, warum?]</p>  | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| G.  | <p>Did you receive a live vaccine (e.g. yellow fever, typhus, German measles, measles, mumps, cholera) <b>within the last 4 weeks before the delivery?</b><br/>[Haben Sie in den letzten 4 Wochen vor Entbindung einen Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Röteln, Masern, Mumps, Cholera) erhalten?]</p> <p>If "yes", which vaccine, why? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, welcher Impfstoff, warum?]</p>   | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| H.  | <p>Were you acupunctured <b>within the last 4 months before the delivery?</b><br/>[Wurden Sie in den letzten 4 Monaten vor Entbindung akupunktiert?]</p> <p>If "yes", when? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wann? Datum]</p> <p>Was the acupuncture performed under <b>aseptic conditions with disposable needles?</b><br/>[Wurde die Akupunktur unter aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln durchgeführt?]</p>   | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| I.  | <p>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 before the delivery?</b><br/>[Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten vor Entbindung einer die Haut oder Schleimhaut verletzenden Maßnahme unterzogen, wie Piercing, Tätowierung, Ohrlochstechen oder kosmetische Behandlung (z. B. Botoxspritzen, Permanent Make-up)?]</p> <p>If "yes", which one? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, was?]</p> <p>Did you have any unusual troubles? Which ones? _____<br/>[Hatten Sie außergewöhnliche Beschwerden? Welche?]</p>  | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |
| J.  | <p>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><br/>[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, Organe oder Organteile tierischen Ursprungs (Xenotransplantate)?]</p> <p>If "yes", why, which pharmaceutical? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, weshalb, welches Präparat?]</p>  | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |  |

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

|    |  |                             |                              |
|----|--|-----------------------------|------------------------------|
| K. | <p>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 before the delivery?</b><br/>[Sind Sie in den letzten 4 Monaten vor Entbindung in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z. B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch Verletzung mit einem Instrument (z. B. Injektions-nadel), das mit Blut verunreinigt war?]</p> <p><b>If "yes", how?</b> _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wobei?] [Wann? Datum]</p> <p>How did you come into contact with another person's blood? _____<br/>[Wie sind Sie in Berührung mit dem Blut einer anderen Person gekommen?]</p>   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| L. | <p>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 before the delivery?</b><br/>[Haben Sie in den letzten 4 Monaten vor Entbindung ein Transplantat humanen Ursprungs, Blutkomponenten oder Plasmaderivate (autolog - Eigen- und allogene - Fremdspende), ausgenommen Humanalbumin, erhalten?]</p> <p><b>If "yes", what did you receive?</b> _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, was haben Sie erhalten?] [Wann? Datum]</p>  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| M. | <p>Have you visited a malaria-endemic area <b>within the last 6 months before the delivery?</b><br/>[Haben Sie in den letzten 6 Monaten vor Entbindung ein Malaria-Endemiegebiet besucht?]</p> <p><b>If "yes", where (country/region)?</b> _____ When? From: __ / __ / ____ to __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wo (Land/Region)?] [Wann? Von: _ bis _]</p>  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| N. | <p>Did you have intimate contact with persons who belong to or have to be related to a group* with an <b>increased infection risk for hepatitis B, hepatitis C and/or HIV within the last 4 months before the delivery?</b><br/>[Hatten Sie in den letzten 4 Monaten vor Entbindung intimen Kontakt mit Personen, die einer Gruppe* mit erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV angehören oder zugeordnet werden müssen?]</p>  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| O. | <p><b>Do you belong to a group* with an increased infection risk for hepatitis B, hepatitis C and/or HIV?</b><br/>[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.<br/>[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> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| P. | <p>Are or were you alcohol-addicted, medical drug addicted or drug-addicted?<br/>[Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauchgiftabhängig?]</p> <p><b>If "yes", which ones?</b> _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, welche?] [Wann? Datum]</p>   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Q. | <p>Do/did you abuse medical drugs or drugs during this pregnancy?<br/>[Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft?]</p> <p><b>If "yes", how applied?</b> _____ When ultimately? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wie eingenommen?] [Wann letztmalig? Datum]</p>  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| R. | <p>Did you have the permanent centre of your life for more than 6 months in an area, where hepatitis B, hepatitis C, HIV, or HTLV I/II (human T-cell leukemia virus) are comparatively wide-spread (e.g. sub-Saharan Africa, Southeast Asia, South America, Caribbean)?<br/>[Haben Sie sich kontinuierlich länger als 6 Monate in einem Gebiet, in dem sich Hepatitis B, Hepatitis C, 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 before the delivery?</b><br/>[Wenn „Ja“, liegt der letzte Aufenthalt länger als 4 Monate vor Entbindung zurück?]</p> <p>Where and how long? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wo und wie lange?] [Wann? Datum]</p>   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| S. | <p><b>Within the last 4 months before the delivery</b>, did you live with a person in one household, who was diagnosed with e.g. jaundice, hepatitis A, hepatitis B, or hepatitis C?<br/>[Haben Sie in den letzten 4 Monaten vor Entbindung 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: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wer ist an welcher Hepatitis erkrankt?] [Wann? Datum]</p>  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| T. | <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 within the last 4 weeks before the delivery (risk of infection with the West Nile virus)?<br/>[Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen vor Entbindung, 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> _____ When? From: __ / __ / ____ to __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wo (Land/Region)?] [Wann? Von: _ bis _]</p>   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |

|    |   |                             |                              |
|----|---|-----------------------------|------------------------------|
| U. | <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 Southern America, Pacific Islands) and did you return from this region <b>within two weeks before the delivery</b>?</p> <p>[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 <b>innerhalb der letzten zwei Wochen</b> vor Entbindung zurückgekehrt?]</p> <p>If "yes", where? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wo?] [Wann? Datum:]</p>     | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| V. | <p>Did you stay 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) and did you return from this region <b>within four weeks before the delivery</b>?</p> <p>[Haben Sie sich in einem Endemiegebiet für Zika-Virus-Infektionen (Süd-, Mittelamerika, Karibik, Florida, Kapverden, Senegal, Guinea-Bissau, Kamerun, Gabun, Malediven, Südostasien, Ozeanien, Pazifische Inseln) aufgehalten und sind Sie aus diesem Gebiet <b>innerhalb der letzten vier Wochen vor der Entbindung</b> zurückgekehrt?]</p>   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| W. | <p>Did you stay in a SARS-endemic area <b>within the last 4 weeks before the delivery</b>?</p> <p>[Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen vor Entbindung in einem SARS- Endemiegebiet aufgehalten?]</p>   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| X. | <p>Did you stay in another endemic area defined by the WHO where transmissions already were established <b>within the last 4 weeks before the delivery</b>?</p> <p>[Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen vor Entbindung in einem anderen von der WHO definierten Endemiegebiet, von dem bereits Übertragungen ausgegangen sind, aufgehalten?]</p> <p>If "yes", where? _____ When? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wo?] [Wann? Datum:]</p>  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Y. | <p>Were you treated by a doctor within the last months before the delivery due to a disease?</p> <p>[Wurden Sie innerhalb der letzten Monate vor Entbindung wegen einer Erkrankung ärztlich behandelt?]</p> <p>If "yes", which disease, how were you treated? _____<br/>[Wenn „Ja“, welche, womit?]</p> <p>If „yes“, when? Date: __ / __ / ____<br/>[Wenn „Ja“, wann? Datum]</p>  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Z. | <p>Did you suffer from one of the following conditions <b>within the last week before the delivery</b>?</p> <p>(Please answer <b>each of the three</b> sub-questions)<br/>[Hatten Sie innerhalb der letzten Woche vor Entbindung (bitte beantworten Sie <b>alle drei</b> Unterfragen)]</p> <p>a) an uncomplicated infection (e.g. common cold, urinary tract infection)<br/>[einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt)?] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>b) a minor surgery<br/>[einen kleinen operativen Eingriff?] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>c) a tooth extraction?<br/>[eine Zahnextraktion?] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> |                             |                              |

### 3. Family anamnesis [Familienanamnese]

Have you or the father of the child or another family member been diagnosed with serious diseases in the meantime (e.g. malignant tumours/neoplasia, leukaemia, myeloproliferative disease, diabetes, red blood cell disorders, white blood cell disorders, thrombocyte disorders, accumulation diseases, chromosome anomalies, severe allergies, severe asthma, autoimmune diseases, diagnosed or suspected Creutzfeldt-Jakob disease or a variant of the disease or another TSE)?  No  Yes

[Sind seit dem Ausfüllen des ausführlichen Anamnesefragebogens bei Ihnen, dem Kindsvater oder in der Familie zwischenzeitlich schwerwiegende Erkrankungen festgestellt worden (z. B. bösartige Tumoren/Neoplasien, Leukämie, myeloproliferative Erkrankung, Diabetes, Erkrankung roter Blutzellen, Erkrankung weißer Blutzellen, Erkrankung der Blutplättchen, Speicherkrankheiten, Chromosomenanomalien, schwere Allergien, schweres Asthma, Autoimmunerkrankungen, Erkrankung an oder der Verdacht der Erkrankung an Creutzfeldt-Jakob oder eine Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE)?]

If yes, who and which disease? \_\_\_\_\_  
[Wenn ja, wer und welche Erkrankung?]

**4. Medical history of the baby/babies (please fill in name[s])**  
[Anamnese des/der neugeborenen Babys (bitte Name[n] eintragen)]

Baby 1: \_\_\_\_\_ Baby 2: \_\_\_\_\_  
(only in case of twins)  
[(nur bei Zwillingen)]

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| a) | Did the child suffer during or after birth from severe oxygen deficiency, respiratory depression, or apnea?<br>[Litt das Kind während oder nach der Geburt an einem schweren Sauerstoffmangel, einer Atemdepression oder einem Atemstillstand?]                                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| b) | Was the child a premature infant?<br>[Galt das Kind als Frühgeborenes?]  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| c) | Did the child suffer from prenatal dystrophy (insufficient nutritional state) with a birth weight of less than 1500 g?<br>[Litt das Kind nach der Geburt an einer vorgeburtlichen Entwicklungsstörung (mangelnder Ernährungszustand) mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g?] | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| d) | Does the child show symptoms of serious hematological, immunological, or infectiological diseases?<br>[Bestehen beim Kind Hinweise für eine schwere hämatologische, immunologische oder infektiologische Erkrankung?]<br><b>If „yes“, which?</b> _____<br>[Wenn „Ja“, welche?]   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| e) | Were malformations detected in the child?<br>[Wurden beim Kind Fehlbildungen festgestellt?]<br><b>If „yes“, which?</b> _____<br>[Wenn „Ja“, welche?]<br>Cause? _____<br>[Ursache?]   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |

I have read and understood the follow-up anamnesis form and truthfully completed it. If any further questions arise, I will contact the doctor in attendance or respectively the service team of the Vita 34 AG.  
[Ich habe den Nachanamnesefragebogen 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 this form after having answered all questions!**  
[Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen nach dem vollständigen Ausfüllen aller Fragen!]

X

\_\_\_\_\_  
**Date and signature of the mother**  
[Datum und Unterschrift der Mutter]