

Informationen zur öffentlichen Nabelschnurblutspende

Liebe werdende Mutter, liebe Eltern,

bald wird Ihr Kind geboren, und Sie denken über eine freiwillige Nabelschnurblutspende nach. Hier möchten wir Ihnen erklären, wie eine Nabelschnurblutspende abläuft und was mit dem gespendeten Nabelschnurblut geschieht.

Auf den folgenden Seiten wenden wir uns direkt an die werdende Mutter, da Sie die potenzielle Spenderin des Nabelschnurblutes ist.

Was ist Nabelschnurblut?

Nabelschnurblut ist das Blut, das nach der Geburt eines Babys in der Nabelschnur und Plazenta (Mutterkuchen) verbleibt. Während der Schwangerschaft versorgt es das Baby mit wichtigen Nährstoffen. Obwohl es nach der Geburt oft als klinischer Abfall entsorgt wird, enthält Nabelschnurblut wertvolle Zellen, die zur Behandlung schwerer Krankheiten genutzt werden können.

Warum ist Nabelschnurblut wichtig und wofür wird es verwendet?

Ihre Nabelschnurblutspende kann Leben retten! Nabelschnurblut wird regelmässig für Blutstammzell-Transplantationen verwendet und wird hierfür in öffentlichen Nabelschnurblutbanken aufbewahrt.

Blutstammzell-Transplantation

Nabelschnurblut enthält viele Blutstammzellen, die alle Arten von Blutzellen bilden können. Gesunde Blutstammzellen können kranke Blutzellen ersetzen und eignen sich zur Behandlung schwerer Blutkrankheiten wie Leukämie (Blutkrebs) oder Erkrankungen des Immunsystems (Körperabwehr). Die Blutstammzellen aus dem Nabelschnurblut sind eine wichtige Alternative zu Blutstammzellen aus dem Knochenmark und bieten Erkrankten eine Heilungschance.

Andere klinische Anwendungen

Das ganze Potenzial von Nabelschnurblut ist noch nicht bekannt und wird aktuell erforscht. In Zukunft könnte Nabelschnurblut deshalb auch für andere medizinische Behandlungen eingesetzt werden. Hierfür bräuchte es Ihre zusätzliche Zustimmung. Die Nabelschnurblutbank würde Sie informieren und Sie entscheiden frei über eine etwaige anderweitige klinische Verwendung.

Sie können festlegen, ob die Nabelschnurblutbank Sie in Zukunft kontaktieren darf, wenn es neue klinische Einsatzmöglichkeiten für das Nabelschnurblut gibt.

Dieses Informationsblatt bezieht sich im Folgenden nur auf die Nutzung von Nabelschnurblut für Blutstammzell-Transplantationen.

Wie funktioniert die Spende?

Wenn es Ihnen und Ihrem Kind nach der Geburt gut geht, sammelt eine Fachperson das Blut aus der Nabelschnur und Plazenta in einen speziellen Beutel. Das Nabelschnurblut wird in der Regel vor der Plazentageburt gesammelt. Eine Entnahme nach Plazentageburt ist jedoch auch möglich. Nach der Entnahme wird das Nabelschnurblut an eine öffentliche Nabelschnurblutbank in der Schweiz geschickt. Dort wird es aufbereitet, eingefroren und bis zur Verwendung sicher gelagert. Die Verwendung geschieht anonym, das heisst Sie werden nichts über die Empfängerin erfahren, und umgekehrt diese auch nicht Ihre Identität oder die Ihres Kindes.

Was sind die Risiken und Nutzen einer Nabelschnurblutspende?

Die Entnahme von Nabelschnurblut ist sicher. Sie beeinträchtigt weder den Geburtsablauf noch Ihre Gesundheit oder die Ihres Kindes.

Die Blutmenge, die Ihnen für Untersuchungen entnommen wird, ist gering und hat keinen Einfluss auf Ihre Gesundheit. Es besteht ein geringes Risiko von leichten Schmerzen und Blutergüssen an der Einstichstelle, Schwindelgefühlen und in seltenen Fällen einer Infektion.

Auch wenn Sie selbst keinen direkten Nutzen durch die Spende haben, können Sie damit zukünftigen Patientinnen helfen und möglicherweise ein Leben retten.

Wird jede Nabelschnurblutspende abgenommen und gelagert?

Die Anforderungen an eine Nabelschnurblutspende sind sehr hoch. Daher können nicht alle Spenden entnommen und gelagert werden.

In bestimmten Situationen wie Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Notfällen ist eine Entnahme nicht möglich. Auch Personalmangel kann in seltenen Fällen dazu führen, dass eine Spende nicht durchgeführt oder verarbeitet werden kann.

Damit die Spende für die medizinische Behandlung geeignet ist, muss sie strenge Qualitätskriterien erfüllen, z.B. ausreichend Blutstammzellen enthalten. Nur Spenden, die alle Anforderungen erfüllen, werden in öffentlichen Nabelschnurblutbanken gelagert und für eine mögliche lebensrettende Behandlung bereitgestellt.

Welche Dokumente und Bluttests werden für eine Nabelschnurblutspende benötigt?

Die Nabelschnurblutspende ist eine freiwillige Entscheidung, die Ihre Einwilligung erfordert. Sie können selbst wählen, ob Sie spenden möchten. Ihre Behandlung bleibt davon unberührt.

Wenn Sie sich für eine Spende entscheiden, finden Sie hier die wichtigsten Schritte:

1. Die Einverständniserklärung

- Vor der Geburt unterschreiben Sie eine Einverständniserklärung zur Nabelschnurblutspende und bestätigen damit, dass Sie mit der Spende und dem Inhalt dieses Dokuments einverstanden sind.
- Sie können Ihre Zustimmung bis zur Entnahme der Spende jederzeit und vorurteilslos zurückziehen.
- Zusatzdokument: *Einverständniserklärung zur Nabelschnurblutspende für eine öffentliche Nabelschnurblutbank*

2. Der Fragebogen zu Ihrer Gesundheit

- Sie werden einen Fragebogen zu Ihrer Gesundheit und Familiengeschichte ausfüllen müssen. Dieser stellt sicher, dass das Nabelschnurblut für die Patientinnen sicher ist.
- **Es ist wichtig, dass Sie bei allen Fragen die Wahrheit sagen**, um die Gesundheit der Patientinnen zu schützen.
- Die Entnahme erfolgt nur, wenn Sie und Ihr Kind gesund und spendetauglich sind.
- Zusatzdokument: *Fragebogen für die Nabelschnurblutspende*

3. Bluttests auf Infektionskrankheiten

- Ihr Blut wird kostenlos auf übertragbare Krankheiten wie HIV, Hepatitis und Syphilis getestet. Die Tests finden in Prüflaboren innerhalb der Schweiz statt.
- Sie dürfen alle Testergebnisse einsehen und werden bei Auffälligkeiten informiert.
- **Informieren Sie uns bis zur Geburt über mögliche Risikosituationen, die eine Infektion z.B. mit HIV verursachen könnte**. Nur so können wir die Sicherheit der Spende gewährleisten und die Gesundheit der Patientinnen schützen.
- Vor einer Blutstammzell-Transplantation können weitere Tests auf Infektionskrankheiten durchgeführt werden. Hierfür wird ein Teil Ihrer Blutproben tiefgefroren aufbewahrt.

4. (Genetische) Tests aus dem Nabelschnurblut

- Es werden Blutgruppe, Zellzahl und HLA-Gewebemerkmale bestimmt.
- Vor einer Transplantation können weitere Tests durchgeführt werden.
- Vor einer Transplantation wird immer ein genetischer Test durchgeführt (Hämoglobinopathie-Test). Nur wenn Sie mit der Durchführung des Tests einverstanden sind, können Sie Nabelschnurblut spenden.
- Zusatzdokument: *Informationsblatt «Hämoglobinopathie-Test»*

Wie lange wird das Nabelschnurblut aufbewahrt?

Das Nabelschnurblut und alle zugehörigen Proben werden tiefgefroren und aufbewahrt, so lange es für den geplanten medizinischen Zweck nötig ist - vorausgesetzt, die von der Nabelschnurblutbank definierten Qualitätskriterien bleiben erfüllt. Nach einer Transplantation bleiben Blutproben für 10 Jahre aufbewahrt, um bei Bedarf wichtige Fragen für die Patientin klären zu können.

Was passiert mit meinen persönlichen Daten?

Ihre persönlichen Daten werden verschlüsselt, das heisst Ihr Name wird durch einen Code ersetzt. Dieser Code ermöglicht die Kommunikation mit anderen Partnerinstitutionen. Nur autorisierte Fachpersonen in der Geburtsklinik und der Nabelschnurblutbank können Ihre Identität entschlüsseln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und dürfen keine vertraulichen Informationen weitergeben.

Persönliche Daten von Ihnen und Ihrem Kind werden streng vertraulich behandelt. Nur befugte Personen haben Zugang zu unverschlüsselten Daten. Ihre Daten werden entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht aufbewahrt - mindestens so lange, wie das Nabelschnurblut gelagert wird. Dadurch kann die Qualität und Sicherheit des Nabelschnurbluts sichergestellt werden.

Die Nabelschnurblutbank kann Sie bei wichtigen Anliegen kontaktieren.

Alle erhobenen Daten werden gemäss Schweizerischem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) sowie der Datenschutzverordnung (DSV) erfasst, gespeichert, bearbeitet und aufbewahrt. Blutspende SRK Schweiz und die von ihr beauftragten Prüflabore verwenden das Probenmaterial und die HLA-Daten auch, um auszuwerten, wie häufig bestimmte HLA-Merkmale in der Schweiz vorkommen. Dafür werden Ihre Daten in anonymisierter Form verwendet.

Verschlüsselte Daten von Ihnen und Ihrem Kind können von der Nabelschnurblutbank statistisch ausgewertet werden.

Wo kann ich Nabelschnurblut spenden?

In der Schweiz gibt es öffentliche Nabelschnurblutbanken in Basel und Genf. Diese Banken erfüllen die höchsten internationalen Qualitätsstandards, sind NetCord-FACT zertifiziert und arbeiten ausschliesslich mit folgenden Geburtskliniken zusammen:

- Kantonsspital Aarau
- Universitätsspital Basel
- Universitätsspital Bern
- Universitätsspital Genf

Eine Spende von Nabelschnurblut für eine öffentliche Nabelschnurblutbank ist daher nur in diesen Kliniken möglich.

Was kostet eine Nabelschnurblutspende?

Die Nabelschnurblutspende für die öffentliche Nabelschnurblutbank ist für Sie kostenlos. Sie erhalten kein Geld für die Spende.

Wem gehört das Nabelschnurblut nach der Spende?

Nach der Spende gehört das Nabelschnurblut der öffentlichen Nabelschnurblutbank, die es lagert. Mit dem Unterschreiben der Einverständniserklärung geben Sie das Eigentum an Ihrem Nabelschnurblut ab, sodass es für Transplantationen genutzt werden kann.

Was ist der Unterschied zwischen öffentlichen, privaten und hybriden Nabelschnurblutbanken?

Das Nabelschnurblut, das in öffentlichen Nabelschnurblutbanken aufbewahrt wird, ist für Patientinnen weltweit bestimmt, nicht für den privaten Gebrauch. Die öffentlichen Banken befinden sich an den Universitätsspitalen Basel und Genf. Die verschlüsselten Daten zur Spende werden in das Spenderregister aufgenommen. Dies ist eine Datenbank betrieben von Blutspende SRK Schweiz AG, die von Transplantationszentren weltweit eingesehen werden kann. Damit können Patientinnen auf der ganzen Welt Ihre lebensrettende Spende erhalten.

Alternativ können private oder hybride Nabelschnurblutbanken Nabelschnurblut für die Verwendung in Ihrer Familie einlagern. Wenn Sie die private Option wählen, sind Sie dafür verantwortlich, die Entnahme und Lagerung zu organisieren und die Kosten zu tragen. Wir empfehlen unabhängige Informationen einzuholen, wenn Sie an dieser Möglichkeit interessiert sind.

Was passiert, wenn das Nabelschnurblut nicht für medizinische Behandlungen geeignet ist?

Wir bemühen uns, jede Nabelschnurblutspende aufzubereiten und in der öffentlichen Nabelschnurblutbank für therapeutische Anwendungen zu lagern. Leider erfüllen nicht alle Spenden die hohen Anforderungen.

Kreuzen Sie bitte in der Einverständniserklärung an, was mit Ihrer Spende geschehen soll, falls sie nicht für eine therapeutische Anwendung geeignet ist. Es gibt folgende Möglichkeiten:

- Verwendung zur **Qualitätssicherung** in der Nabelschnurblutbank.
Ihre Spende trägt dazu bei, die hohen Qualitätsstandards in der Geburtsklinik und Nabelschnurblutbank zu überprüfen und aufrechtzuerhalten. Es werden keine genetischen Untersuchungen durchgeführt.
- Verwendung für **Forschung**
Ihre Spende kann für genehmigte Forschungsprojekte verwendet werden, um z.B. neue Zelltherapien zu entwickeln, die zur Behandlung von schweren Krankheiten eingesetzt werden können. Alle Daten und Proben werden verschlüsselt weiterverwendet.
Zusatzdokument: Information «Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten und Proben»
- **Entsorgung** der Spende
Wenn Sie eine Verwendung Ihrer Daten und Proben in Qualitätssicherung und / oder Forschung ablehnen, werden alle Proben im Zusammenhang mit der Nabelschnurblutspende fachgerecht entsorgt und keine gesundheitsbezogenen Daten analysiert.

Was passiert nach einer Transplantation von Nabelschnurblut?

Nach einer Transplantation von Blutstammzellen werden bei der Patientin genetische Tests durchgeführt, um den Erfolg der Transplantation und die Heilung zu überwachen. Sehr selten ergeben diese Tests Ergebnisse, die für Ihr Kind wichtig sein könnten. In diesem Fall wird die Nabelschnurblutbank Sie informieren.

Was sind meine Pflichten nach der Spende?

Um die Gesundheit der Patientin zu schützen, müssen Sie die Nabelschnurblutbank informieren, wenn:

- Sie zum Zeitpunkt der Spende oder kurz danach krank waren.
- Ihr Kind kurz nach der Geburt krank wird.
- Sie oder Ihr Kind später im Leben eine schwere Krankheit bekommen sollten.

Damit wir Sie bei Vorliegen von Testergebnissen kontaktieren können, teilen Sie der Nabelschnurblutbank bitte auch Änderungen Ihrer Kontaktdaten mit.

Wie erreiche ich die Nabelschnurblutbank?

Wenn ihr Kind in Aarau, Basel oder Bern zur Welt kam, wenden Sie sich bitte an:

 	<p>Cord Blood Bank Basel Universitätsspital Basel Petersgraben 4 4031 Basel E-Mail: cbb@usb.ch Website: usb.ch/cbb</p>	
---	---	---

Wenn ihr Kind in Genf zur Welt kam, wenden Sie sich bitte an:

 	<p>Banque de Sang foeto-placentaire de Genève Hôpitaux Universitaires Genève Rue Gabrielle- Perret- Gentil 4 1211 Genève 14 E-Mail: hematopoiese.laboratoire@hug.ch</p>
---	---

Wo finde ich weitere Informationen?

Sie erhalten **Informationen zur öffentlichen Nabelschnurblutspende** und deren Alternativen bei den öffentlichen Nabelschnurblutbanken, den Geburtskliniken und dem Spenderregister von Blutspende SRK Schweiz AG.

Bei Fragen zur öffentlichen Nabelschnurblutspende steht Ihnen das Personal der Geburtskliniken gerne zur Verfügung.

Bei Fragen zum **Datenschutz** steht Ihnen Blutspende SRK Schweiz AG gerne zur Verfügung: datenschutz@blutspende.ch

Cord Blood Bank Basel	Banque de Sang foeto-placentaire de Genève	Blutspende SRK Schweiz AG	Datenschutz
			
Kantonsspital Aarau	Universitätsspital Basel	Universitätsspital Bern	Universitätsspital Genf
			

Information «Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten und Proben»

Ihre Nabelschnurblutspende kann, wenn sie nicht für eine medizinische Behandlung geeignet ist, für Qualitätssicherung oder Forschung verwendet werden. Die Zustimmung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Proben, die bereits verwendet wurden, können jedoch nicht zurückgezogen werden.

Ihre Daten und Proben werden verschlüsselt und zweckgebunden weitergegeben. Forschung kann in der Schweiz oder im Ausland stattfinden, jedoch nur mit Genehmigung einer zuständigen Ethikkommission und unter Einhaltung der geltenden Gesetze.

Forschungsergebnisse sind meist nicht relevant für Sie, aber bei wichtigen Ergebnissen kann die Nabelschnurblutbank Sie kontaktieren.

Die Proben werden bis zu ihrer zweckgebundenen Ausgabe an das Forschungsprojekt für unbestimmte Zeit aufbewahrt.

Es entstehen keine Kosten für Sie, und es wird kein Geld mit Ihren Daten oder Proben verdient.

Kontakt

Wenn ihr Kind in Aarau, Basel oder Bern zur Welt kam, wenden Sie sich bitte an:

  	Cord Blood Bank Basel Universitätsspital Basel Petersgraben 4 4031 Basel E-Mail: cbb@usb.ch	 usb.ch/cbb
--	--	--

Wenn ihr Kind in Genf zur Welt kam, wenden Sie sich bitte an:

  	Banque de Sang foeto-placentaire de Genève Hôpitaux Universitaires Genève Rue Gabrielle- Perret- Gentil 4 1211 Genève 14 E-Mail: hematopoiese.laboratoire@hug.ch
---	--

Informationsblatt «Hämoglobinopathie-Test»

Was sind Hämoglobinopathien?

Hämoglobinopathien sind vererbte Erkrankungen des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin) in den roten Blutkörperchen. Die häufigsten Formen sind Thalassämien und die Sichelzellerkrankung. Etwa 7 % der Weltbevölkerung sind Träger einer genetischen Veränderung in den Hämoglobin-Genen (WHO). Hämoglobinopathien können bei einer Blutstammzell-Transplantation vom Spender auf die Patientin übertragen werden.

Formen der Hämoglobinopathien

Betroffene (homozygote Ausprägung)

- Die genetischen Veränderungen liegen auf beiden Chromosomen (mütterlich und väterlich) vor.
- Erkrankung, die regelmässige medizinische Betreuung erfordert.

Träger (heterozygote Ausprägung)

- Die genetischen Veränderungen liegen nur auf einem der zwei Chromosomen vor.
- Träger sind meist gesund, können den Defekt jedoch an ihre Kinder weitergeben. Diese können erkranken, besonders wenn der andere Elternteil ebenfalls Träger ist.

Hämoglobinopathie-Test

Der Test prüft genetische Veränderungen in den Hämoglobin-Genen und wird durchgeführt, um eine Krankheitsübertragung bei einer Blutstammzell-Transplantation zu verhindern.

Wann wird der Test durchgeführt?

- Nur, wenn das Nabelschnurblut für eine Transplantation benötigt wird.
- Proben für den Test werden bei der Spende entnommen und können Jahre später untersucht werden.

Was kostet der Test?

Der Test ist für Sie kostenlos.

Ergebnisse des Hämoglobinopathie-Tests

Kinder unter 14 Jahren:

- Betroffene (homozygote Ausprägung): Eltern werden informiert, da es die Gesundheit des Kindes betrifft.
- Träger (heterozygote Ausprägung): Eltern können entscheiden, ob sie über die Trägerschaft informiert werden möchten.

Jugendliche ab 14 Jahren: Entscheiden selbst, ob sie die Testergebnisse erfahren möchten.

Warum diese Unterscheidung nach Alter?

Das Alter von 14 Jahren wurde gewählt, da wir davon ausgehen, dass die meisten Kinder in diesem Alter urteilsfähig sind.

Hinweis: Nach der Testdurchführung werden Sie von der Nabelschnurblutbank kontaktiert. **Halten Sie die Kontaktdaten bei der Nabelschnurblutbank aktuell.** Der Test wird möglicherweise erst Jahre nach der Spende durchgeführt.

Wenn ihr Kind in Aarau, Basel oder Bern zur Welt kam, wenden Sie sich bitte an:

  	<p> Cord Blood Bank Basel Universitätsspital Basel Petersgraben 4 4031 Basel E-Mail: cbb@usb.ch </p>	 <p>usb.ch/cbb</p>
---	---	---

Wenn ihr Kind in Genf zur Welt kam, wenden Sie sich bitte an:

 <p>Hôpitaux Universitaires Genève</p> 	<p> Banque de Sang foeto-placentaire de Genève Hôpitaux Universitaires Genève Rue Gabrielle- Perret- Gentil 4 1211 Genève 14 E-Mail: hematopoiese.laboratoire@hug.ch </p>
---	---

Beratung zu den Testergebnissen

Sie und/oder Ihr Kind haben das Recht, sich vor oder nach Bekanntgabe der Testergebnisse von einer medizinischen Fachperson beraten zu lassen. Diese Beratung ist für Sie kostenlos.

Was ist, wenn ich nicht möchte, dass ein Hämoglobinopathie-Test durchgeführt wird?

Ohne Einwilligung zur Durchführung des Hämoglobinopathie-Tests ist eine Nabelschnurblutspende leider nicht möglich.



Einverständniserklärung zur Nabelschnurblutspende für eine öffentliche Nabelschnurblutbank

Ich erkläre mich freiwillig bereit, das Nabelschnurblut meines Kindes für die Aufbewahrung in einer öffentlichen Nabelschnurblutbank zu spenden und für Blutstammzell-Transplantationen weltweit zur Verfügung zu stellen.

Ich habe den Inhalt der Dokumente *«Informationen zur öffentlichen Nabelschnurblutspende»*, *«Hämoglobinopathie-Test»* und *«Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten und Proben»* verstanden und stimme den dort aufgeführten Bedingungen zur Bearbeitung und Aufbewahrung der Nabelschnurblutspende zu. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen, und alle meine Fragen wurden beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Spende zu treffen.

Insbesondere erkläre ich mich einverstanden:

- die Geburtsklinik zu informieren, falls ich oder mein Kind innert zwei Wochen nach der Geburt erkranken.
- die Geburtsklinik auch später im Leben über schwere Krankheiten bei mir oder meinem Kind zu informieren.
- das Nabelschnurblut kostenlos zu spenden und das Eigentum an der Nabelschnurbluteinheit an die öffentliche Nabelschnurblutbank zu übertragen.
- dass mir für Tests auf Infektionskrankheiten eine Blutprobe entnommen wird.
- dass die HLA-Gewebemerkmale der Blutstammzellen bestimmt werden.
- dass aus dem Nabelschnurblut ein genetischer Test auf Hämoglobinopathien durchgeführt wird, bevor es für eine Transplantation verwendet wird.
- dass die Daten zur Nabelschnurblutspende in verschlüsselter Form (pseudonymisiert) in die Datenbank von Blutspende SRK Schweiz AG aufgenommen und gespeichert werden.
- dass die Nabelschnurblutspende aufbewahrt wird, solange es für den geplanten medizinischen Zweck nötig ist.
- dass die Nabelschnurblutbank und Blutspende SRK Schweiz AG sowie ihre autorisierten Prüflabore Daten aus meinem Probenmaterial anonymisiert für statistische Analysen nutzen. Dies beinhaltet auch die Auswertung der HLA-Gewebemerkmale.
- die Nabelschnurblutbank über Änderungen meiner Kontaktdaten zu informieren.

Mir ist bekannt:

- dass die Nabelschnurblutspende freiwillig ist.
- dass ich meine Einwilligung bis zur Entnahme der Spende ohne Begründung widerrufen kann.
- dass ich alle Testergebnisse einsehen darf.
- dass die Nabelschnurblutbank mit meiner Nabelschnurblutspende keinen Gewinn macht.
- dass nach einer Transplantation genetische Tests bei der Empfängerin, beim Empfänger durchgeführt werden und ich informiert werde, sollten diese Tests wichtige Informationen zu Risiken für mein Kind liefern. Dies passiert sehr selten.
- dass nach einer Transplantation einzelne Blutproben der Spende lange aufbewahrt werden.



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

SWISS BLOOD STEM CELLS

Blutspende SRK Schweiz AG
Tel. +41 (0)31 380 81 81
donorcenter@blutspende.ch
www.blutspende.ch

- dass Blutspende SRK Schweiz AG der Schweizerischen Gesetzgebung (Transplantation und Datenschutz) untersteht. Meine persönlichen Daten und die meines Kindes werden streng vertraulich behandelt. Im Rahmen der Vor- und Nachbereitung für die Spende werden die Nabelschnurblut-Identifikationsnummer und die relevanten pseudonymisierten Gesundheitsdaten sowohl national als auch international verwendet und an die Europäische Gesellschaft für Blut- und Knochenmark-Transplantation (EBMT) übermittelt. Dies kann auch Länder umfassen, die nicht über ein mit der Schweiz vergleichbares Datenschutzrecht verfügen und in denen die Datensicherheit möglicherweise nicht im gleichen Umfang gewährleistet ist.
- dass meine Proben und Daten gemäss den gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden.

**Wenn Sie bereit sind, das Nabelschnurblut Ihres Kindes zu spenden,
füllen Sie bitte Seite 3 dieser Einverständniserklärung aus.**



Weitere Informationen zu den Datenschutzbestimmungen:

- QR-Code
- www.blutstammzellspende.ch/datenschutz

Bei Fragen kann ich mich jederzeit auch an datenschutz@blutspende.ch wenden.



Ich habe alle oben genannten Informationen verstanden. Insbesondere bin ich mit der Entnahme, Verarbeitung, Untersuchung und langfristigen Aufbewahrung der Nabelschnurbluteinheit und der damit verbundenen Daten und Dokumente einverstanden. Des Weiteren stimme ich der Übermittlung der verschlüsselten Daten an internationale Datenempfänger zum beschriebenen Zweck zu.

Ich bin damit einverstanden, das Nabelschnurblut meines Kindes für die Einlagerung in der öffentlichen Nabelschnurblutbank zu spenden und für Blutstammzell-Transplantationen weltweit zur Verfügung zu stellen.

Mir ist bekannt, dass Nabelschnurblut für verschiedenen weitere klinische Anwendungen erforscht wird. Für eine Verwendung für neue Behandlungen wäre meine neue und freiwillige Zustimmung erforderlich.

- **Kontaktaufnahme:** Die Nabelschnurblutbank darf mich zu einem späteren Zeitpunkt kontaktieren, falls meine Spende für eine neue klinische Anwendung geeignet wäre. Nach Erhalt der Informationen zur neuen medizinischen Behandlung entscheide ich frei, ob mein Nabelschnurblut dafür verwendet werden darf. ☐ Ja ☐ Nein

Falls meine Nabelschnurblutspende die Qualitätskriterien für eine Blutstammzell-Transplantation nicht erfüllt, darf die Spende für folgende Zwecke verwendet werden:

- **Qualitätssicherung** in der Nabelschnurblutbank ☐ Ja ☐ Nein
- **Forschungsprojekte**, von einer Ethikkommission bewilligt ☐ Ja ☐ Nein

Meine persönlichen Daten lauten:

Name: Vorname:

Geburtsdatum (TT MM JJJJ):

Datum: Unterschrift:

Bestätigung des Entnahmepersonals:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Mutter der Nabelschnurblut-Entnahme zugestimmt hat und die Einverständniserklärung vollständig ausgefüllt vorliegt.

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift:



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)?



Mutter-ID Etikette

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.

- 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?

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 Infektionsrisiken (**Fragen 14, 15, 16**) ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Informationen:

2. Gesundheitszustand von Mutter und Kind (sub 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+0 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: