

GESUNDHEITSAUSKUNFT

WICHTIG: Bitte beachten Sie, dass eine Herstellung der Plazenta-, Nabelschnur- oder Nabelschnurblutnosoden nur dann möglich ist, wenn uns eine vollständig ausgefüllte und unterschriebene Gesundheitsauskunft und Befundung vorliegt! (§11 Apothekenbetriebsordnung)

Angaben zur Mutter (Spenderin)

Name _____
Vorname _____
geboren am _____
Straße / Haus-Nr. _____
PLZ / Wohnort _____
Telefon _____
E-Mail _____
Name Kind _____

Selbsterklärung der Mutter (Spenderin)

HINWEIS: Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Mutterpass oder fragen Sie Ihren Frauenarzt.

Ich (die Spenderin) wurde **NEGATIV** getestet auf:

HIV 1/2: ja nein **Hepatitis B:** ja nein

Treponema pallidum: ja nein

(Erreger der Syphilis)

X

Datum, Ort, Unterschrift der Mutter

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Befundung des Arztes , der Hebamme, des Entbindungspflegers

Bei der eingesendeten Gewebeprobe handelt es sich um

- ein erbsengroßes Stück Plazenta aus der Chorionplatte aus unmittelbarer Umgebung des Nabelschnuransatzes (empfohlene Vorgehensweise)
- ein erbsengroßes Stück Nabelschnur
- 1 bis 10 Tropfen Nabelschnurblut

die in geeigneten Räumlichkeiten durch geschultes Personal unter aseptischen Bedingungen gewonnen wurde.

Name und Anschrift (bzw. Stempel) des Arztes , der Hebamme, des Entbindungspflegers, Entbindungshelferin

Vorname, Name _____
Anschrift oder _____
Stempel _____

Unterschrift **X** _____