

IDNR	Aufnahmedatum:
	Geburtsdatum der Mutter:
Name:	
Straße:	
PLZ:	Tel.:
Bank:	
IBAN:	BIC:
<input type="checkbox"/> Ich verzichte auf die finanzielle Aufwandsentschädigung. Unterschrift: _____	
Entbunden am:	Spital:
Name Ihres Kindes:	<input type="checkbox"/> Bub <input type="checkbox"/> Mädchen
Serologische Untersuchung Mutter-Kind-Pass:	
HIV <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	
HBsAg + HBC, HCV <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	
LUES (Syphilis) <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	lt. Blutbefund vom:
Bitte beantworten Sie folgende Fragen:	
Fühlen Sie sich gesund?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Veganerin?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____	
Trinken Sie tägl. mehr als 3 Tassen koffeinhaltige Getränke?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an einer chronischen Krankheit?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn JA, an welcher? _____	
Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Bluttransfusion erhalten?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn JA, in welchem Land? _____	
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft (z.B. Röteln)?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	



Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Aufenthalt in einem tropischen Land?

Ja Nein

Wenn JA, in welchem Land?

Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten tätowieren oder piercen lassen, oder sich einem Permanent Make-up oder Akupunktur außerhalb einer klinischen Einrichtung unterzogen?

Ja Nein

Nehmen Sie oder Ihr Partner Drogen oder haben Sie solche in der Vergangenheit konsumiert?

Ja Nein

Waren Sie jemals einem (auch einmaligen) Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV) durch Intimpartner mit Risikoverhalten ausgesetzt?

Ja Nein

- Ich bin damit einverstanden, meine Milch der Humanmilchbank zur Verfügung zu stellen.
- Milch, die nicht zur Weiterverarbeitung geeignet ist, darf zu Forschungszwecken an das AKH weitergegeben werden.
- Die Milchspende erfolgt anonym.
- Ich bin darüber informiert, dass meine Milch im Falle der Milchspende bakteriologisch untersucht wird.
- Ich bin darüber informiert, welche Blutuntersuchungen zur Abklärung als Humanmilchspenderin erforderlich sind und bin damit einverstanden, dass Befunde meiner Blutuntersuchungen eingesehen werden: Hepatitis B, Hepatitis C, Syphilis, HIV.
- Falls sich an den oben eingefügten Antworten etwas ändern oder ich eine akute Erkrankung oder Infektion bekommen sollte, werde ich das Personal der Humanmilchbank informieren.
- Es ist verboten, verfälschte Muttermilch zu spenden. Die Spende verfälschter Muttermilch wird strafrechtlich verfolgt.
- Ich bestätige hiermit, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
- Ich habe das Informationsblatt für Spenderinnen von Frauenmilch erhalten.

Einwilligung zur Humanmilchspende:

Unterschrift der Spenderin: Datum, Ort:

Das Aufklärungsgespräch ist erfolgt durch:

Name:

Unterschrift: Datum, Ort:

ärztliche Freigabe:

Freigabe, wenn:

Medikamente abgesetzt:

Nachweis aktueller Blutbefund (max. 6 Monate alt)

Spende möglich ab:

.....