

# Aufnahmeblatt Spenderin

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| IDNR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Aufnahmedatum:<br>Geburtsdatum Spenderin:                        |
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
| Straße:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |
| PLZ / Ort:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tel.:                                                            |
| Bank:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
| IBAN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ich verzichte auf die finanzielle Aufwandsentschädigung. Unterschrift: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
| Entbindungsdatum:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ort:                                                             |
| Name des Kindes:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Bub<br><input type="checkbox"/> Mädchen |
| Serologische Untersuchung (max. 6 Monate alt):<br>HIV <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.      It. Blutbefund vom:<br>HBsAg + HBC, HCV <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.      It. Blutbefund vom:<br>LUES (Syphilis) <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.      It. Blutbefund vom:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |
| Bitte beantworten Sie folgende Fragen:<br>Fühlen Sie sich gesund?      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Rauchen Sie?      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Sind Sie Veganerin?      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Trinken Sie Alkohol?      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Nehmen Sie Medikamente?      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Wenn JA, welche, in welcher Dosierung und seit wann bzw. wie lange noch?<br>_____<br>Trinken Sie tägl. mehr als 3 Tassen koffeinhaltige Getränke?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Leiden Sie an einer chronischen Krankheit?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Wenn JA, an welcher? _____<br>Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Bluttransfusion erhalten?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Wenn JA, in welchem Land? _____<br>Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft (z.B. Röteln)?<br>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.
- Die Milchspende erfolgt anonym.
- Ich bin darüber informiert, dass meine Milch 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.
- Milch, die nicht zur Weiterverarbeitung geeignet ist, darf zu Forschungszwecken weitergegeben werden.
- Es ist untersagt, Muttermilch zu verfälschen. Die Spende verfälschter Muttermilch kann geahndet werden.
- 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.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
- Ich habe das Informationsblatt für Spenderinnen von Humanmilch erhalten, gelesen und verstanden.

#### Einwilligung zur Humanmilchspende:

Unterschrift der Spenderin: ..... Ort, Datum: .....

Das Aufklärungsgespräch ist erfolgt durch:

Name: .....

Unterschrift: ..... Ort, Datum: .....

ärztliche Freigabe:

Freigabe, wenn:

☐ Medikamente abgesetzt: .....

☐ Nachweis aktueller Blutbefund (max. 6 Monate alt)

☐ Spende möglich ab: .....

☐ .....