

Checkliste: Ablauf

Sie haben sich für die Aufbewahrung der Stammzellen Ihres Kindes nach den höchsten Standards bei eticur) entschieden. Bis zur Geburt gibt es noch Vieles zu berücksichtigen. Die folgende Checkliste hilft Ihnen dabei.

Während der Schwangerschaft

Anforderung der Unterlagen

- **Eltern** Über unser Internet-Kontaktformular auf www.eticur.de oder unter unserer kostenfreien Hotline **0800-0-384287**. Wenn Sie sich bereits für eine Aufbewahrung der Stammzellen entschieden haben können Sie auch gerne das Online-Bestellformular auf unserer Website nutzen.

Rücksendung der Unterlagen

- **Eltern** Bitte senden Sie uns den komplett ausgefüllten Auftrag zurück.
- **Eltern** Sie erhalten von uns ein Bestätigungsschreiben über den Erhalt des Auftrags sowie weitere Formulare (Anamnesebogen, Freistellungserklärung und die Aufklärungs- und Einverständniserklärung).
- **Eltern** In eiligen Fällen bitte wir Sie, die kompletten Unterlagen im Downloadbereich auf unserer Internetseite www.eticur.de abzurufen, auszudrucken und uns ausgefüllt vorab zu faxen.

Übermittlung der Befunde durch den Gynäkologen

- **Eltern** Für Ihren Gynäkologen schicken wir Ihnen zusammen mit der Entnahmebox ein Kuvert mit Unterlagen, die Sie bitte bei der nächsten Vorsorgeuntersuchung abgeben.
- **Gynäkologe** Der Gynäkologe schickt uns die Befunde aus dem Mutterpass, die im Rahmen der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchung erhoben werden.

Auswahl der Entbindungsklinik

- **Eltern** Bitte teilen Sie uns mit, wo Sie entbinden, damit wir alle nötigen Voraussetzungen im entnehmenden Haus schaffen können.
- **Eltern** Informieren Sie Ihre Klinik über die Nabelschnurblutentnahme.
- **eticur)** kündigt die Nabelschnurblutentnahme in Ihrer Klinik an.

Zustellung der Entnahmebox

- **eticur)** Rechtzeitig ca. vier Wochen vor dem errechneten Geburtstermin senden wir Ihnen die Entnahmebox. Diese enthält alle Utensilien für eine Nabelschnurblut-Entnahme.
- **Eltern** Hinweis: Entnehmen Sie die Unterlagen aus dem Versandkarton, die Entnahmebox bitte selbst nicht öffnen und die Aufbewahrungsanleitung beachten!
- **Eltern** Übergeben Sie am Geburtstermin in der Klinik die Box Ihrem Arzt oder Ihrer Hebamme in der Klinik.

Während der Geburt

Blutabnahme im Krankenhaus

- **Klinik** Nach der Abnabelung des Neugeborenen erfolgt die Entnahme des Nabelschnurblutes.
- **Klinik** Für die anschließenden Testungen im Labor werden der Mutter Blutproben entnommen.
- **Klinik** Ihre Entbindungsklinik informiert eticur) über die 24 Stunden-Kurier-Hotline: 089-12 59 81 59.

Nach der Geburt

Laboruntersuchungen und Zertifikat

- **Kurier** Der Kurier holt die Entnahmebox ab und bringt sie zum Universitätsklinikum Erlangen.
- **Uni.-Klinik Erlangen** Im dortigen Labor erfolgen Qualitätstests und die Einlagerung der gewonnenen Stammzellen.
- **Eltern** Bitte senden Sie uns eine Geburtsurkunde zu.
- **Eltern** Im Falle einer Qualitätseinschränkung des Präparates benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Zustimmung zur Einlagerung.
- **Uni.-Klinik Erlangen** Nachdem die umfangreichen Testungen abgeschlossen sind erhalten Sie ein Zertifikat über die Einlagerung.
- **Uni.-Klinik Erlangen** Das Stammzellpräparat wird für die nächsten 25 Jahre von eticur) für Ihr Kind in der Stammzellbank des Universitätsklinikums Erlangen aufbewahrt und kann jederzeit abgerufen werden. Nach Ablauf dieser Zeit kann eine Verlängerung der Einlagerung vereinbart werden.

Noch Fragen? Unsere Fachberater stehen Ihnen gern von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr unter der kostenfreien Hotline 0800-0-384287 zur Verfügung. Weitere Infos finden Sie auch im Internet unter www.eticur.de.

eticur) GmbH | Innovationszentrum Biotechnologie IZB | Am Klopferspitz 19 | 82152 Martinsried / Planegg
Telefon +49 (0)89.12 59 81-0 | Fax +49 (0)89.12 59 81-19 | E-Mail info@eticur.de | www.eticur.de



Auftrag zur Gewinnung und privaten Aufbewahrung eines Stammzellpräparats aus Nabelschnurblut

Von den zukünftigen Sorgeberechtigten des ungeborenen Kindes / der ungeborenen Kinder auszufüllen (in Druckbuchstaben)						
Angaben zu den Sorgeberechtigten	Name, Vorname der Mutter	Name, Vorname des Vaters (sofern vertretungsberechtigt)				
	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer				
	PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort				
	Telefon / Mobilnummer (tagsüber erreichbar)	Telefon / Mobilnummer (tagsüber erreichbar)				
	E-Mail	E-Mail				
Angaben zur Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Es besteht eine Zwillingschwangerschaft.	Errechneter Geburtstermin				
	Betreuender Gynäkologe, Vorname/Name und Stadt:					
	Voraussichtliche Geburtsklinik und Ort der Klinik:					
Ich/Wir wünschen folgende Zahlungsoption für den Gesamtpreis von 2.500 EUR (bzw. 4.000 EUR bei Zwillingen):						
<input type="checkbox"/> Rechnung	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahlung EUR 300 (bzw. EUR 600 bei Zwillingen) • Endrechnung nach Erhalt des Zertifikats EUR 2.200 (bzw. EUR 3.400 bei Zwillingen) » falls Lastschriftverfahren gewünscht, bitte unten Kontodaten angeben 					
	<input type="checkbox"/> Wir wünschen einen Einzug der Beträge von meinem / unserem Konto					
	<table border="1"> <tr> <td>Kontoinhaber</td> <td>Kontonummer</td> </tr> <tr> <td>BLZ</td> <td>Kreditinstitut</td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td>Unterschrift</td> </tr> </table>	Kontoinhaber	Kontonummer	BLZ	Kreditinstitut	Datum
Kontoinhaber	Kontonummer					
BLZ	Kreditinstitut					
Datum	Unterschrift					
<input type="checkbox"/> Finanzierung über medipay	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahlung möglich, Finanzierungsbetrag ab EUR 1.500 • Nach Erhalt des Zertifikats individuelle Raten ab 0% Finanzierung über medipay • Bitte füllen Sie beiliegenden medipay-Vorantrag aus » Bei reduzierten Preisen, z.B. Geschwister- oder Zwillingsrabatt, Geschenk-Aktionen oder Preisvorteil für DEBEKA-/uniVersa-Kunden ist keine zinssubventionierte Finanzierung über medipay möglich. 					
Ich/Wir wünschen folgende Zusatzoption:						
<input type="checkbox"/> Option eticur) KOMBI	JA , wir stimmen zu, dass die Gewebemerkmale (HLA) der Nabelschnurblut-Stammzellen unseres Kindes bei entsprechender Eignung in ein deutsches Knochenmarkspenderegister aufgenommen werden. (siehe §2 Abs. 7 der AGB)					
<input type="checkbox"/> Geschwisterrabatt EUR 150	Bitte Kunden-ID des Geschwisterkindes angeben					
<input type="checkbox"/> Zwillingsrabatt EUR 1.000	Die Kosten für das zweite Kind betragen noch EUR 1.500.					
<input type="checkbox"/> Krankenversicherungsrabatt	<input type="checkbox"/> DEBEKA <input type="checkbox"/> uniVersa (Bitte Kopie des Versicherungsnachweises beilegen)					

Ich/Wir habe/n die allgemeinen Geschäftsbedingungen der eticur) GmbH und die Widerrufsbelehrung zur Kenntnis genommen und als Vertragsbestandteil akzeptiert.

Ort, Datum

Unterschrift der werdenden Mutter und des Vaters (falls vertretungsberechtigt)

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN (01.09.2011)

Präambel

Nabelschnurblut ist kindliches Blut, das nach der Durchtrennung der Nabelschnur aus der Plazenta und dem anhängenden Nabelschnurrest gewonnen wird. Die in diesem Nabelschnurblut in großer Zahl enthaltenen Stamm- und Vorläuferzellen können nach geeigneter Aufbereitung sehr lange Zeit tiefgefroren aufbewahrt werden. Eine Vielzahl neuer Forschungsansätze lassen erwarten, dass diese Zellen zukünftig im Rahmen des Zell- und Gewebeersatzes bei bestimmten Erkrankungen eingesetzt werden könnten. eticur) bietet in Kooperation mit Ihrer Entbindungsklinik und der Transfusionsmedizinischen und Hämostaseologischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen an, die Zellen des Nabelschnurblutes des Kindes zu sammeln, zu bearbeiten und tiefgefroren aufzubewahren. Hierbei werden die derzeit gültigen arzneimittelrechtlichen Vorschriften streng eingehalten. Das Nabelschnurblut sowie die daraus gewonnenen Stammzellen stehen im Eigentum des Kindes. Eine Verwendung zu Forschungszwecken wird ausgeschlossen. Mit dem nachfolgenden Vertrag ist keine Änderung der Eigentumsverhältnisse verbunden, weshalb die Verfügungsbefugnis über das Stammzellpräparat allein dem Kind zusteht. Bis zur Volljährigkeit wird das Kind durch den oder die gesetzlichen Vertreter vertreten.

§ 1 Vertragsgegenstand

1. Gegenstand des Vertrages ist die Entnahme von Nabelschnurblut des Kindes sowie die Präparation und die Einlagerung eines Stammzellkonzentrates aus diesem Nabelschnurblut. Darüber hinaus ist Gegenstand des Vertrages die sachgerechte Abgabe des Stammzellkonzentrates an die anwendende Einrichtung.
2. Die Nabelschnurblutentnahme setzt voraus, dass die Entbindung in einer Entbindungsklinik erfolgt, die bereits als beauftragter Betrieb in die Herstellungserlaubnis der Firma eticur) aufgenommen wurde oder bis zum Geburtstermin aufgenommen wird. Findet die Geburt in einer Entbindungsklinik statt, die nicht in die Herstellungserlaubnis der Firma eticur) aufgenommen ist, wird die Firma eticur) von sämtlichen Pflichten aus diesem Vertrag ohne weiteres frei, da es ihr aus gesetzlichen Gründen unmöglich geworden ist, sie zu erfüllen. Es obliegt der/den vertragsschließenden Mutter bzw. Eltern, im Falle der Entscheidung für eine andere Entbindungsklinik als derjenigen, die gegenüber der Firma eticur) benannt wurde, zu prüfen, ob die neue Entbindungsklinik in die Herstellungserlaubnis der Firma eticur) aufgenommen ist. Bei Wassergeburten ist eine Nabelschnurblutentnahme aufgrund der mikrobiellen Verkeimung generell ausgeschlossen.
3. Die therapeutische Anwendung des Stammzellpräparates aus Nabelschnurblut ist nicht Gegenstand des Vertrages.
4. Bei der Wahl der Option "eticur) KOMBI" ist zusätzlicher Vertragsgegenstand die Aufnahme der Daten des Nabelschnurblutes in das Spenderegister der Transfusionsmedizinischen und Hämostaseologischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen vorbehaltlich entsprechender Eignung. Das Eigentumsrecht über das Nabelschnurblut bleibt ungeachtet dessen weiter beim Kind. Ergibt die Prüfung aller Unterlagen sowie die Untersuchung des Nabelschnurblutes, das alle Kriterien für eine Einstellung in das Stammzellregister erfüllt sind, so wird dies auf dem Zertifikat bestätigt. Ansonsten erfolgt die private Einlagerung des Nabelschnurblutes wie mit eticur) vereinbart, sofern die vertraglichen Voraussetzungen hierfür (Siehe § 2 des Vertrages) erfüllt sind.

§ 2 Leistungen von eticur)

1. eticur) verpflichtet sich gegenüber dem Kind zu folgenden mit der Gewinnung und Einlagerung eines Stammzellpräparates aus Nabelschnurblut zusammenhängenden Leistungen:
 - a) Bereitstellung einer Entnahmebox an die Eltern zeitgerecht vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin.
 - b) Vergütung des die notwendigen Befunde erhebenden Gynäkologen entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte. Durchführung von Schulungen zur sachgerechten Abnahme des Nabelschnurblutes.
 - c) Schaffung der Voraussetzung für die Aufnahme der Entbindungsklinik als beauftragter Betrieb in die Herstellungserlaubnis von eticur).
 - d) Beauftragung des die Geburt leitenden Arztes, gemäß den in der Entnahmebox enthaltenen Anweisungen Nabelschnurblut zu entnehmen, korrekt zu kennzeichnen und fachgerecht zu lagern. Ferner ihn zu beauftragen, das dort beiliegende Entnahmeprotokoll auszufüllen, der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt die für die Untersuchung notwendige Menge Blut abzunehmen und unverzüglich den auf der Box genannten Kontakt über die Abholung zu informieren. Der zuständige Arzt oder die Hebamme in der Entbindungsklinik wird nach ärztlichem Ermessen von der Entnahme des Nabelschnurblutes absehen, wenn dies zum Schutze der Gesundheit von Mutter oder Kind erforderlich ist oder Kontraindikationen vorliegen. In sehr seltenen Fällen muss wegen des zeitgleichen Auftretens eines Notfalles in der Geburtsklinik die Entnahme des Nabelschnurblutes aus organisatorischen Gründen unterbleiben.
 - e) Vergütung des Nabelschnurblut abnehmenden Personals entsprechend der Gebührenordnung.
 - f) Transport des Nabelschnurblutes von der Entbindungsklinik in das Verarbeitungscenter (Stammzellbank des Universitätsklinikums Erlangen) nach den vorgeschriebenen Richtlinien.
 - g) Untersuchung des Nabelschnurblutes auf die Möglichkeit der Herstellung eines Stammzellpräparates aus Nabelschnurblut. Trotz regelgerechter Abnahme des Nabelschnurblutes kann es vorkommen, dass das Nabelschnurblut mit Bakterien oder Pilzen verunreinigt ist. Dies kann dazu führen, dass kein Stammzellpräparat hergestellt oder aufbewahrt werden kann. Trotz regelgerechter Abnahme des Nabelschnurblutes ist nicht immer die gewünschte Menge an Nabelschnurblut zu gewinnen, die nach der lex artis und den hiernach im Einzelnen maßgeblichen Richtlinien der BÄK (z.B. Richtlinie zur Transplantation von Stammzellen aus Nabelschnurblut vom Mai 1999 für die allogene Indikation) als unterer Grenzwert erforderlich ist (aktuell: 5×10^8 kernhaltige Zellen oder 60 ml). Nachdem aus biologischen Gründen die Zellzahl nicht immer mit der Blutmenge korreliert, wird aus verarbeitungstechnischen Gründen zur Vermeidung eines Zellerlusts bei Präparaten unter der angestrebten Mindestmenge von 60 ml, ohne dass eine gesonderte Zustimmung i.S. des § 3 Absatz 4 Buchstabe e) hierzu eingeholt würde, ein nicht separiertes sog. Einschnittpräparat hergestellt, da im Einzelfall durchaus die nach der lex artis erforderliche Zellzahl erreicht werden sein kann. Nachdem der Richtwert von 5×10^8 kernhaltigen Zellen aus einer Zeit stammt, in der die Zellen vornehmlich allogenen (als Spende) zur Leukämiebehandlung verwendet wurden, inzwischen aber erheblich geringere Zellzahlen für den autologen (eigenen) Einsatz in der regenerativen Medizin ausreichen, wird bei Präparaten $> 2,5 \times 10^8$ kernhaltiger Zellen keine gesonderte Zustimmung zur weiteren Testung eingeholt. Trotz regelgerechter Abnahme des Nabelschnurblutes kann die Untersuchung des Blutes der Mutter einen Hinweis auf eine etwaige, zum Zeitpunkt der Geburt bestehende Infektion ergeben. In diesem Falle wird das Blut der Mutter zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal untersucht.

Eine solche Infektion kann dazu führen, dass kein Stammzellpräparat hergestellt oder aufbewahrt werden kann. Der Untersuchungsumfang beschränkt sich auf die zum Zeitpunkt der Abnahme für eine allogene Einlagerung notwendigen Tests, eine nachträgliche Testung des Präparates auf später entdeckte Erreger ist vom Vertrag nicht umfasst.

- h) Präparation, Kryokonservierung (= Tiefgefrieren) und Einlagerung eines Stammzellpräparates aus Nabelschnurblut (wenn möglich) in zwei getrennten Portionen.
 - i) Qualitätskontrolle des Stammzellpräparates aus Nabelschnurblut und ggf. Nachuntersuchung des Blutes der Mutter. Dies beinhaltet u.a. die HLA-Typisierung von Mutter und Kind, den direkten Erreger-Nachweis und Nachweis der Vermehrbarkeit durch Zellkultur.
 - j) Ausstellung eines Zertifikats über die Herstellung, Qualität und Einlagerung eines Stammzellpräparates aus Nabelschnurblut.
 - k) Erfassung und Archivierung der relevanten Daten.
 - l) Zur Verfügung Stellung des Stammzellpräparates ausschließlich auf Anforderung des Kindes bzw. der gesetzlichen Vertreter an die anwendende Einrichtung (Transport kostenfrei innerhalb Deutschlands).
2. Ergibt die Untersuchung gemäß § 2 Abs. 1 g), dass die Präparation des Nabelschnurblutes nicht möglich oder nicht vertretbar ist, wird eticur) die gesetzlichen Vertreter hierüber schriftlich informieren.
 3. Ergibt die Untersuchung gemäß § 2 Abs. 1 g), dass das Stammzellpräparat aus Nabelschnurblut andere, vorher nicht genannte Qualitätsmängel aufweist, eine weitere Einlagerung aber dennoch möglich ist, wird eticur) durch Rückfrage bei den gesetzlichen Vertretern abklären, ob eine Weiterlagerung trotz der Qualitätsmängel gewünscht wird. Ist dies nicht der Fall, wird das Stammzellpräparat vernichtet. Erfolgt innerhalb von 6 Wochen keine schriftliche Mitteilung an eticur), so gilt dies als Zustimmung zur Weiterlagerung bzw. wird die Vergütung gemäß § 5 in Rechnung gestellt.
 4. eticur) kann sich zur Erfüllung seiner Pflichten aus diesem Vertrag auf eigene Kosten Dritter als Erfüllungshelfen bedienen.
 5. Das eingelagerte Stammzellpräparat wird in jedem Fall fachgerecht für den vereinbarten Zeitraum von 25 Jahren gelagert – unabhängig von der langfristigen Existenz der Firma, da eticur) die Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen mit der Aufbereitung, Testung und Einlagerung beauftragt und diese vorab vergütet. Die Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung (die auch das Einlagerungszertifikat erstellt) ist vertraglich verpflichtet, das Präparat für die Vertragslaufzeit von 25 Jahren zu lagern, bzw. auf Wunsch darüber hinaus (gemäß § 6 Abs. 2), und im Bedarfsfall an eine anwendende Einrichtung herauszugeben.
 6. eticur) wird die Eltern über die weiteren Entwicklungen und zukünftigen Anwendungsmöglichkeiten informieren. Diese können jederzeit auf der stets aktuellen Homepage www.eticur.de eingesehen werden.
 7. Bei der Wahl der Option "eticur) KOMBI" wird die Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen die anonymisierten Daten des Nabelschnurblutpräparates in das eigene Spender-Register aufnehmen. Falls das Nabelschnurblut als geeignetes Transplantat für einen Patienten identifiziert und vom Transplantationszentrum angefordert wird, befragt die Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen die gesetzlichen Vertreter bzw. das volljährige Kind schriftlich, ob das Nabelschnurblut als Transplantat abgegeben werden soll (Spende) oder nicht. Entscheiden sich die gesetzlichen Vertreter/das volljährige Kind innerhalb einer Frist von zwei Wochen in ihrer Erklärung gegenüber der Transfusionsmedizinischen und Hämostaseologischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen für eine Spende des Nabelschnurblutes, geht das Eigentum an dem kompletten Präparat auf die öffentliche Stammzellbank der Transfusionsmedizinischen und Hämostaseologischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen über, damit es von dort zur Transplantation herausgegeben werden kann. In diesem Fall wird den gesetzlichen Vertretern/dem volljährigen Kind die bis dahin an eticur) gezahlte Vergütung zzgl. Zinsen vom Universitätsklinikum Erlangen zurückerstattet. Der Zinsanspruch errechnet sich aus dem durchschnittlichen Basiszinssatz für den abgelaufenen Lagerzeitraum, definiert von dem Tag der Geburt des Kindes bis zum Eingang der Erklärung über die Freigabe als Transplantat für einen Dritten. Entscheiden sich die gesetzlichen Vertreter/das volljährige Kind gegen die Spende, wird das Nabelschnurblut zu den vereinbarten Konditionen für das Kind im Auftrag von eticur) in der Stammzellbank des Universitätsklinikums Erlangen weitergelagert und der Eintrag im Spender-Register gelöscht. Die gesetzlichen Vertreter/das volljährige Kind können jederzeit schriftlich von eticur) oder der Transfusionsmedizinischen und Hämostaseologischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen die Löschung der RegisterEinstellung durch die Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen verlangen.

§ 3 Pflichten der Mutter, der gesetzlichen Vertreter bzw. des Kindes

1. Die Mutter ist verpflichtet,
 - a) die von eticur) zur Verfügung gestellten Formulare sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen:
 - Anamnesefragebogen,
 - Aufklärungs- und Einverständniserklärung und
 - Freistellungserklärung gegenüber der das Nabelschnurblut entnehmenden Person;
 - b) eticur) unverzüglich über eine innerhalb von zwölf Monaten nach der Geburt bei ihr oder dem Kind auftretende Infektionskrankheit, die durch Blut übertragen werden kann (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C oder HIV), schriftlich zu informieren.
2. Die gesetzlichen Vertreter willigen ein,
 - a) dass nach der Abnabelung des Kindes/der Kinder Nabelschnurblut entnommen wird.
 - b) dass während der Schwangerschaft/geburt erhobene Befunde/Daten von Arzt/Hebamme/Klinik an eticur) übermittelt werden. Die gesetzlichen Vertreter entbinden das Klinikpersonal insoweit von ihrer Schweigepflicht. Die Mutter ist damit einverstanden, dass Befunde, die von eticur) erhoben werden, von eticur) an den Arzt/die Klinik übermittelt werden.
3. Die Mutter willigt ein, dass ihr für die notwendigen infektionserologischen Untersuchungen (einschließlich HIV, Hepatitis B und Hepatitis C) zum Zeitpunkt der Geburt Blut entnommen wird. Ferner willigt die Mutter in gegebenenfalls zur weiteren Abklärung infektionserologischer Befunde (positives oder unbestimmtes Ergebnis bei der Erstuntersuchung) erforderliche weitere Blutentnahmen ein.
4. Die gesetzlichen Vertreter sind verpflichtet,
 - a) den/die die Mutter vor der Geburt betreuenden Gynäkologen/Hebamme zu beauftragen, den Befund- und Beratungsdokumentationsbogen auszufüllen und an eticur) zu übersenden;
 - b) den Arzt/die Hebamme noch mal auf den Wunsch der Nabelschnurblut-Entnahme aufmerksam zu machen;
 - c) eticur) unverzüglich eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes (bei Zwillingsgeburten der Kinder) zu übersenden;

- d) eine Änderung in den Vertretungsverhältnissen (eticur) unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- e) bei entsprechender schriftlicher Aufforderung durch (eticur) verbindlich binnen einer Frist von einem Monat mitzuteilen, ob sie einer Einlagerung des Präparats auch bei Qualitätsmängeln zustimmen oder mit einer Vernichtung des Präparates einverstanden sind. Für den Fall, dass eine Rückantwort nicht rechtzeitig bei (eticur) eingeht, steht (eticur) die Berechtigung zu, das Präparat vernichten zu lassen.
5. Bei der Wahl der Option „eticur KOMBI“ wird die werdende Mutter den Anamnesefragebogen mindestens 2 Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin an (eticur) übersenden.

§ 4 Zertifikat / Herausgabe des Stammzellpräparats aus Nabelschnurblut

1. Die Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen wird dem Kind nach Abschluss der erforderlichen Untersuchungen und Einlagerung des Stammzellpräparats aus Nabelschnurblut (sowie Übermittlung der Angaben gemäß § 3 der Vereinbarung) ein Zertifikat über die Herstellung, Qualität und Einlagerung des Stammzellpräparats aus Nabelschnurblut ausstellen.
2. Ausschließlich das Kind bzw. der gesetzliche Vertreter ist jederzeit berechtigt, im Rahmen der jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen über das Stammzellpräparat aus Nabelschnurblut zu verfügen oder dieses von (eticur) herauszuverlangen. Dieses Begehren muss schriftlich erfolgen und gilt als Kündigung im Sinne des § 6 der Vereinbarung.
3. Eine anteilige Rückerstattung der Vergütung bei Herausgabe des Stammzellpräparats auf Verlangen des Kindes vor Ablauf der Vertragslaufzeit findet nicht statt. Bei der Wahl der Option „eticur-KOMBI“ gilt bei Abgabe des Präparats an die öffentliche Stammzellbank der Transfusionsmedizinischen und Hämostaseologischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen unter den in § 2 Abs. 7 genannten Bedingungen die dort spezifizierte Rückerstattungsverpflichtung.

§ 5 Vergütung

1. (eticur) erhält für die Laufzeit des Vertrages (25 Jahre) nachfolgende Vergütung, mit der alle Dienstleistungen aus diesem Vertrag abgegolten sind:
- a) Die Vergütung beträgt bei einem Kind EUR 2.500,00 einschließlich Mehrwertsteuer. Hiervon werden bei Vertragsschluss EUR 300,00 fällig. Nach erfolgreicher Einlagerung mit Erstellung des Zertifikats gemäß § 4 Abs. 1 wird der Restbetrag in Höhe von EUR 2.200,00 zur Zahlung fällig.
- b) Bei einer Zwillingsgeburt reduziert sich die Vergütung für das zweite Kind um EUR 1.000,00 auf EUR 1.500,00 einschließlich Mehrwertsteuer. Hiervon werden bei Vertragsschluss EUR 300,00 und nach Erstellung des Zertifikats EUR 1.200,00 fällig.
- c) Bei nachfolgenden Geschwisterkindern erhalten die Eltern einen Treuerabatt in Höhe von EUR 150,00. Es gelten 5 Jahre Preisgarantie als Vertragsabschluss.
- d) Seitens (eticur) gewährte Preisnachlässe und sonstige Vergünstigungen sind nicht untereinander kombinierbar und werden nicht rückwirkend gewährt.
- e) Bei überfälligen Forderungen erfolgt eine Mahnung. Mit der 2. Mahnstufe wird eine Gebühr von EUR 5,00 erhoben. Sollte auch nach der 2. Mahnung kein Zahlungsausgleich erfolgen übergeben wir die Forderung an ein Inkasso-Unternehmen.
- f) Kosten für Rücklastschriften gehen zu Lasten des Kunden und werden mit EUR 20,00 berechnet.
2. Es wird die Möglichkeit der Finanzierung über den Finanzdienstleister „medipay“ angeboten. Diese kann individuell auf Ihre Bedürfnisse angepasst werden (siehe Anlage: medipay-Vorantrag). Die Entscheidung über die Finanzierung liegt allein im Ermessen von „medipay“. Kommt es nicht zu einer Finanzierung der Vertragsgebühr durch „medipay“, können die gesetzlichen Vertreter binnen vier Wochen durch schriftliche Erklärung gegenüber (eticur) von diesem Vertrag zurücktreten. Ein Anspruch von (eticur) auf Zahlung der Vertragsgebühr besteht in diesem Falle nicht, es wird jedoch die Pauschalgebühr von EUR 195,00 zur Zahlung fällig, falls die Entnahmebox bereits zugestellt wurde und nicht ungeöffnet zurückgeschickt wird. Treten die gesetzlichen Vertreter nach Ablehnung durch „medipay“ nicht von diesem Vertrag zurück, so ist die Vergütung in voller Höhe zur Zahlung fällig. Sollte es aufgrund der in § 7 Abs. 2 genannten Gründe zu einer vorzeitigen Vertragsbeendigung kommen, ist der Vertrag über die Finanzierung hinfällig. Gegebenenfalls wird unter den dort genannten Bedingungen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von EUR 195,00 von (eticur) in Rechnung gestellt. Bei reduzierten Preisen, wie z.B. Geschwister-, Zwillingsrabatt, Geschenk-Aktionen oder Preisvorteil für DEBEKA-/uniVersa-Kunden ist keine zinssubventionierte Finanzierung über medipay möglich.
3. Über die jeweils fällige Vergütung wird (eticur) eine Rechnung erstellen. Wird die Vergütung nicht innerhalb von sechs Wochen nach Rechnungsstellung gezahlt, wird (eticur) das Stammzellpräparat aus Nabelschnurblut nach vorheriger Ankündigung mit einer Frist von vier Wochen verwerfen.
4. Die Kündigung des Vertrages nach § 7 Abs. 1 lässt den Anspruch von (eticur) auf Zahlung der Vergütung unberührt. Es entsteht auch kein Anspruch auf anteilige Rückzahlung oder Erstattung der Vergütung.
5. Hinsichtlich der vergütungsrechtlichen Folgen der vorzeitigen Vertragsbeendigung ohne Kündigung wird auf § 7 Abs. 2 verwiesen.

§ 6 Vertragsbeginn und Laufzeit

1. Der Vertrag mit (eticur) kommt erst dann zustande, wenn (eticur) nach postalischem oder elektronischem Zugang der vollständig ausgefüllten Antragsformulare (die auf der Website abrufbar sind bzw. ausgedruckt werden können) den auftraggebenden Eltern bzw. gesetzlichen Vertretern des Kindes eine Auftragsbestätigung zusendet und die Auftraggeber dem nicht schriftlich widersprechen (siehe Widerrufsbelehrung), wobei es auf den Zugang des Widerspruchs bei (eticur) ankommt.
2. Dieser Vertrag wird über eine Laufzeit von 25 Jahren, beginnend mit der Geburt des Kindes, geschlossen. Die Laufzeit des Vertrages verlängert sich jeweils um 10 Jahre, wenn der dann junge Erwachsene nach vorherigem schriftlichen Angebot durch (eticur) zwei Monate vor Vertragsablauf an (eticur) eine Vergütung der Vertragsverlängerung in Höhe von EUR 330,00 zuzüglich der dann gültigen Mehrwertsteuer entrichtet. (eticur) behält sich für den Fall, dass sich der von dem Statistischen Bundesamt veröffentlichte Verbraucherpreisindex für Deutschland auf der Basis des Jahres des Vertragsabschlusses = 100 gegenüber dem für den Monat des Vertragsbeginns veröffentlichten Index um mindestens 10 Prozent ändert, vor, die Vergütung der Vertragsverlängerung im unterbreiteten Angebot im gleichen Verhältnis zu ändern.
3. (eticur) bzw. die Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen (§ 2 Abs. 5) verpflichtet sich bereits jetzt, nach Ablauf der Vertragslaufzeit einer Verlängerung des Vertrages zu den unter Nr. 2 genannten Bedingungen zuzustimmen.
4. Wird der Vertrag nicht innerhalb von zwei Monaten vor dem jeweiligen Vertragsablauf verlängert, wird (eticur) nach vorheriger Ankündigung gegenüber dem dann jungen Erwachsenen das Stammzellpräparat aus Nabelschnurblut nach Ende der Vertragslaufzeit verwerfen, sofern der Eigentümer nicht über die Herausgabe des Stammzellpräparats verfügt hat.
5. Es obliegt den Sorgeberechtigten des Kindes bzw. nach Erreichen der Volljährigkeit dem Kind, (eticur) die aktuelle Korrespondenz-Adresse zur Kenntnis zu geben (siehe auch § 10 Abs. 4).

§ 7 Vertragsbeendigung

1. Der Vertrag kann durch das Kind jederzeit ohne Angabe von Gründen ordentlich gekündigt werden. In diesem Fall bleibt der Vergütungsanspruch von (eticur) unberührt, § 5 Abs. 4. Die Kündi-

gung bedarf der Schriftform. Eine ordentliche Kündigung durch (eticur) ist ausgeschlossen. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung wegen eines wichtigen Grundes bleibt hierdurch unberührt.

2. Der Vertrag endet vorzeitig, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn:
- a) es nicht zur Entnahme des Nabelschnurblutes kommt. Soweit (eticur) dies nicht zu vertreten hat, fällt keine Aufwandsentschädigung an, wenn die Entnahmebox ungeöffnet an (eticur) zurück geschickt wird. Wird die Entnahmebox nicht ungeöffnet zurückgeschickt, wird eine Aufwandsentschädigung in Höhe von EUR 195,00 einschließlich Mehrwertsteuer berechnet. Bereits geleistete Anzahlungen werden verrechnet, ggfs. erfolgt eine Rückzahlung. (eticur) behält sich vor, für die überlassene Entnahmebox zusätzliche einen pauschalierten Wertersatz in Höhe von EUR 195,00 zu verlangen, wenn die Mutter bzw. die gesetzlichen Vertreter des Kindes die Entnahme nicht vollziehen und die Entnahmebox binnen eines Monats nach dem errechneten Geburtstermin nicht an (eticur) zurückgeben;
- b) wenn das Blut abgenommen und zum Verarbeitungszentrum gesandt wird, jedoch wegen einer nicht ausreichenden Blutmenge nicht eingelagert werden kann (vgl. § 2 Abs. 1 g)). In diesem Fall wird eine Aufwandsentschädigung in Höhe von EUR 195,00 einschließlich Mehrwertsteuer berechnet. Ist die Einlagerung trotz Unterschreitens der Mindestmenge vertretbar und wird diese auf Wunsch der gesetzlichen Vertreter durchgeführt, so wird die gesamte Vergütung fällig;
- c) die Eingangsuntersuchung des Nabelschnurblutes bzw. des Blutes der Mutter gemäß § 2 Abs. 1 g) ergibt, dass die Präparation oder Einlagerung nicht möglich oder nicht vertretbar ist (siehe § 2 Abs. 2), etwa wegen einer Kontamination des Blutes, einer Infektion der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt oder weil die kernhaltigen Zellen für den Einfrierungsprozess nicht geeignet sind. In diesem Fall fällt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von EUR 195,00 einschließlich Mehrwertsteuer an. Ist eine Einlagerung des Präparates trotz geringer Kontamination vertretbar und wird diese auf Wunsch der gesetzlichen Vertreter durchgeführt, so wird die gesamte Vergütung fällig;
- d) die Qualitätskontrolle des Stammzellpräparats aus Nabelschnurblut gemäß § 2 Abs. 1 g) Qualitätsmängel ergibt, bei denen eine weitere Einlagerung unmöglich oder unverträglich ist. Auch in diesem letzten Fall fällt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von EUR 195,00 einschließlich Mehrwertsteuer an.
3. Im Fall der Beendigung des Vertrages nach Absatz 1 oder 2 wird (eticur) das Nabelschnurblut bzw. das Stammzellpräparat aus Nabelschnurblut verwerfen, sofern das Kind trotz schriftlicher Aufforderung nicht innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich über die Herausgabe verfügt hat.

§ 8 Haftung

1. Die Haftung von (eticur) für den in § 1 Abs. 1 genannten Vertragsgegenstand richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Dies gilt auch für von (eticur) zur Vertragserfüllung eingeschaltete Dritte, insbesondere die Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen.
2. Die Haftung von (eticur) und seinen Kooperationspartnern für den in § 1 Abs. 1 genannte Vertragsgegenstand wird auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Dies gilt nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit sowie für die Verletzung von wesentlichen Pflichten (Kardinalpflichten), bei denen für jede Fahrlässigkeit gehaftet wird.
3. Im Falle der vereinfachten oder nicht berechtigten Vernichtung oder sonstigen Unbrauchbarmachung des Stammzellpräparats ist die Haftung auf die Mehrkosten für eine Eigenspende (z.B. periphere Stammzellen) oder eine Fremdspenderttransplantation begrenzt. Darüber hinaus haftet (eticur) nicht, insbesondere nicht hinsichtlich möglicher entgangener Therapiechancen.
4. Für aktuelle oder sich möglicherweise in der Zukunft ergebende Verwendungsmöglichkeiten des Stammzellpräparats aus Nabelschnurblut, die nach § 1 Abs. 3 nicht Gegenstand dieses Vertrages sind, übernimmt (eticur) keine Haftung.

§ 9 Datenschutz

1. (eticur) wird ermächtigt, die zur Durchführung des Vertrages notwendigen persönlichen Daten des Kindes und der gesetzlichen Vertreter zu speichern und an seine Kooperationspartner – soweit zur Vertragserfüllung notwendig – weiterzugeben. (eticur) behandelt diese Daten vertraulich und verpflichtet seine Vertragspartner ebenfalls zur Vertraulichkeit.
2. (eticur) ist berechtigt, die zum Einsatz des Stammzellpräparats zu Therapie Zwecken notwendigen Daten an den Arzt oder sonstige Verwender weiterzugeben.
3. Die gesetzlichen Vertreter erklären sich bereits jetzt im Falle einer Übernahme der Firma (eticur) GmbH durch einen Rechtsnachfolger einverstanden, dass die (eticur) zugänglich gemachten Daten und die zugehörigen Unterlagen auch dem Rechtsnachfolger zugänglich sind.

§ 10 Schlussbestimmungen

1. Erfüllungsort für alle Verpflichtungen aus diesem Vertrag ist München.
2. Andere als die in diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen festgehaltenen Inhalte sind nicht vereinbart. Änderungen und Ergänzungen hierzu bedürfen der Schriftform.
3. Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam sein, wird die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich, insoweit eine Regelung zu treffen, die der unwirksamen Bestimmung inhaltlich am nächsten kommt. Das Gleiche gilt im Falle einer Vertragslücke.
4. Die Parteien werden einander unverzüglich über eine Adress- oder Namensänderung schriftlich unterrichten. Die gesetzlichen Vertreter werden darüber hinaus eine Änderung in den Vertretungsverhältnissen (eticur) unverzüglich anzeigen. Hierzu gehört auch die Übermittlung neuer Adressdaten des Kindes bei Volljährigkeit. Bei nicht mitgeteilter Änderung der Adresse können Auskünfte bei den zuständigen Einwohnermeldeämtern eingeholt werden.
5. Es gilt ausschließlich deutsches Recht unter Ausschluss kollisionsrechtlicher Bestimmungen.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht: Sie können Ihren Auftrag innerhalb von vier Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt mit Erhalt der Auftragsbestätigung durch (eticur). Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist schriftlich zu richten an:

(eticur) GmbH, Am Klopferspitz 19, 82152 Martinsried
Sie können ihn per Post, Fax 089-125981-19 oder E-Mail info@eticur.de an uns senden.

Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. Können Sie uns die Entnahmebox nicht oder nur in geöffnetem Zustand zurückgewähren, müssen Sie uns insoweit EUR 150,00 Wertersatz leisten. Die Entnahmebox ist auf unsere Kosten und Gefahr zurückzusenden. Verpflichtungen zur Erstattung von Zahlungen müssen innerhalb von 30 Tagen erfüllt werden. Die Frist beginnt für Sie mit der Absendung Ihrer Widerrufserklärung, für uns mit deren Empfang.
Ende der Widerrufsbelehrung.

- Privat
- Kombi

Anamnesefragebogen

Vertrauliche Angaben (in Druckbuchstaben)		
Angaben zur Schwangeren	Name, Vorname (ggfs. Geburtsname) Geburtsdatum, Geburtsort	
	Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort*	
	Telefon Fax	
	Mobilnummer Personalausweisnr. (nur für eticur)-Kombi und öffentliche Spende)	
	<input type="checkbox"/> Es besteht eine Zwillingschwangerschaft. Beruf (nur für eticur)-Kombi und öffentliche Spende)	
	voraussichtliche Geburtsklinik	
	<input type="checkbox"/> errechneter Entbindungstermin <input type="checkbox"/> geplanter Kaiserschnitt-Termin Datum	

* Bei nicht mitgeteilter Adressänderung können Auskünfte bei den zuständigen Einwohnermeldeämtern eingeholt werden.

Herkunftsland der Eltern des Neugeborenen	
Mutter	<input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/>
Falls Sie nach Deutschland eingereist sind, geben Sie bitte Einreisedatum und ggfs. die Nr. des EU-Passes an.	
Vater	<input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/>
Falls Sie nach Deutschland eingereist sind, geben Sie bitte Einreisedatum und ggfs. die Nr. des EU-Passes an.	

Liebe werdende Mutter,

um festzustellen, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Nabelschnur-Blutentnahme gegeben sind, benötigen wir Angaben zu bestehenden und früheren Erkrankungen. Bitte geben Sie immer den Zeitpunkt, falls gefragt, mit an!

A. FAMILIENANAMNESE

Vor einer Entnahme von Nabelschnurblut benötigen wir Angaben aus der Familien-Vorgeschichte der Schwangeren und des biologischen Vaters. Falls mit „ja“ geantwortet wird, sollten sich weitergehende Angaben nur auf blutsverwandte Angehörige (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten und Onkel) **des Kindes** beziehen. Der Verwandtschaftsgrad bezieht sich immer auf das ungeborene Kind: z.B. „Mutter“ ist die Mutter des Babies.

- o. Kam die Schwangerschaft aufgrund einer Eizell-, Samen- oder Embryonenspende zustande? Nein Ja

Wenn ja, durch **was?** _____

Gibt es in den Familien der Schwangeren oder des biologischen Vaters Hinweise auf:

1. genetische Erkrankungen, die das lymphatische und/oder blutbildende System beeinflussen können? Nein Ja

(z.B. Fanconi-Anämie, Sichelzellanämie, Thalassämie, Sphärozytose, SCID, ADA- oder PNP-Mangel, chronische Granulomatose, Leukodystrophie, Hypoglobulinämie, Wiskott-Aldrich-Syndrom, Nezelof Syndrom, DiGeorge Syndrom, Thrombasthenie Glanzmann, hereditäre Thrombozytopenie, Alport Syndrom, Platelet Storage Disease, Tay-Sachs Erkrankung, Ataxia telangiectatica, Speicherkrankheiten, Phenylketonurie u.a.)

Falls ja, **bei wem** _____ und **welche Erkrankung?** _____

2. Tumoren/Leukämien? Nein Ja

Falls ja, **bei wem** _____ und **welche Erkrankung?** _____

3. Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes? Nein Ja

Falls ja, **bei wem** _____ und **welche Erkrankung?** _____

4. Chromosomale Störungen? Nein Ja
(z.B. Turner Syndrom, Trisomien oder Monosomien, Missbildungs-Syndrome etc.)

Falls ja, **bei wem** _____ und **welche Erkrankung?** _____

5. schwere erbliche Hauterkrankungen? Nein Ja
(z.B. Neurofibromatose, angeborene extreme Lichtschädigung etc.)

Falls ja, **bei wem** _____ und **welche Erkrankung?** _____

6. andere Erkrankungen? Nein Ja
(z.B. Multiple Sklerose, Autoimmun-Erkrankungen, angeborene Muskeldystrophien etc.)

Falls ja, **bei wem** _____ und **welche Erkrankung?** _____

B1. ANAMNESE DER SCHWANGEREN

1. Wann ist der von Ihrem Frauenarzt errechnete Geburtstermin? _____

2. Die wievielte Schwangerschaft ist Ihre jetzige Schwangerschaft? _____

Wie viele Kinder haben Sie schon? _____

3. Wissen Sie oder gibt es Hinweise, dass Sie an einem der folgenden Organe erkrankt sind oder waren?

- a. Herz (z.B. Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

- b. Kreislauf (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

- c. Gefäße (z.B. Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

- d. Blut (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen, vermehrte Blutungsneigung, Blutarmut, Leukämie) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

- e. Atemwege (z.B. chronische Bronchitis, Asthma) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

- f. Speiseröhre, Magen, Darm (z.B. Geschwür) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

- g. Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Gicht) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

- h. Nerven (z.B. Epilepsie, Lähmungen) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

- i. oder Gemüt (z.B. Depressionen) Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

4. Leiden Sie an einer schweren neurologischen Erkrankung? Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

5. Leiden Sie an einer anderen chronischen Erkrankung? Nein Ja

Wenn ja, **woran?** _____

6. Leiden oder litten Sie an bösartigen Neubildungen (Neoplasien, Krebs)? Nein Ja
- Wenn ja, **woran?** _____
7. Wurde bei Ihnen eine Hepatitis-C-Virus-(HCV-)Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind? Nein Ja
8. Wurde bei Ihnen eine Hepatitis-B-Virus-(HBV-)Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind? Nein Ja
9. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind? Nein Ja
10. Wurde bei Ihnen eine HTLV-I/II-Infektion nachgewiesen, unabhängig davon, ob Krankheitserscheinungen aufgetreten sind? Nein Ja
11. Gehören Sie einer Gruppe mit einem gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Risiko für eine HBV-(Hepatitis-B-Virus-), HCV- oder HIV-Infektion an (z.B. homo- und bisexuelle Männer, Drogenabhängige, männliche und weibliche Prostituierte, Häftlinge)? Nein Ja
12. Sind oder waren Sie erkrankt an einer Protozoonose: Babesiose, Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit) oder Leishmaniasis? Nein Ja
13. Sind Sie oder waren Sie an Syphilis (Lues) erkrankt? Nein Ja
14. Sind oder waren Sie an einer anderen chronisch persistierenden bakteriellen Infektion erkrankt: Brucellose (Maltafieber, Bangsche Krankheit), Fleckfieber und andere Rickettsiosen, Lepra, Rückfallfieber, Melioidose oder Tularämie? Nein Ja
15. Wurden Sie jemals mit aus menschlichen Hypophysen gewonnenen Hormonen (z.B. Wachstumshormone, Sterilitätsbehandlung) behandelt? Nein Ja
- Wenn ja, geben Sie bitte das Präparat (falls bekannt) und den Zeitraum der Behandlung an.
- _____
16. Haben Sie Dura mater (harte Hirnhaut) oder Kornea (Hornhaut des Auges) übertragen (transplantiert) bekommen? Nein Ja
17. Leiden Sie an der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder an deren Variante oder besteht der Verdacht auf diese Erkrankung? Nein Ja
18. Ist bei einem oder mehreren Blutsverwandten Ihres Kindes die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung aufgetreten oder besteht der Verdacht auf diese Erkrankung? Nein Ja
19. Haben Sie sich in den Jahren 1980 bis 1996 insgesamt mehr als sechs Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten (unabhängig davon, ob Sie Vegetarier sind)? Nein Ja
20. Wurden Sie nach dem 1.1.1980 im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland operiert oder haben Sie danach dort Transfusionen (Blutkomponenten) erhalten? Nein Ja
21. Haben Sie Xenotransplantate (Gewebe/Organe tierischen Ursprungs) erhalten? Nein Ja
22. Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamentenabhängig oder rauschgiftsüchtig? Nein Ja
23. Werden Sie ständig mit Arzneimitteln behandelt (siehe auch Frage 56)? Nein Ja
- Wenn ja, **womit?** _____
24. Sind oder waren Sie jemals an Malaria erkrankt? Nein Ja
- Wenn ja, **wann?** _____
25. Sind oder waren Sie jemals erkrankt an einer eitrigen Knochenentzündung (Osteomyelitis), an Q-Fieber, an Tuberkulose oder an Infektionen mit Salmonella typhi und paratyphi? Nein Ja
- Wenn ja, **wann?** _____
- Wenn ja, bei Salmonellose: sind Sie Dauerausscheider? Nein Ja

26. Sind laut Mutterpass Antikörper gegen Toxoplasmose gefunden worden? nicht getestet Nein Ja
- Wenn ja, gab es während der letzten 6 Monate Symptome einer akuten Toxoplasmose oder haben Sie deshalb Medikamente eingenommen? Nein Ja
27. Sind oder waren Sie jemals an einer Hepatitis A erkrankt? Nein Ja
- Wenn ja, **wann?** _____
- *28. Haben Sie in den vergangenen vier Wochen einen fieberhaften Infekt durchgemacht? Nein Ja
- Wenn ja, **wann?** _____
- Wenn ja, **was für einen?** Hals Blase Bronchen/Lunge Obere Atemwege/Nasennebenhöhlen
- Wurden Sie deshalb medikamentös behandelt? Nein Ja
- *29. Litten Sie in den vergangenen vier Wochen an einer anderen Infektionskrankheit? Nein Ja
- Wenn ja, **woran und wann genau?** _____
- *30. Litten Sie in den vergangenen vier Wochen an einer Durchfallerkrankung? Nein Ja
- Wenn ja, **wann?** _____
- Mussten Sie deshalb medikamentös behandelt werden? Nein Ja
- Hatten Sie auch Fieber? Nein Ja
31. Leiden Sie an einer Allergie (z.B. Heuschnupfen) bzw. Überempfindlichkeit (z.B. gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Latex)? Nein Ja
- Wenn ja, **woran?** _____
- Müssen Sie deshalb dauerhaft medikamentös behandelt werden? Nein Ja

2. FRAGEN ZUR EXPOSITION MIT DEM RISIKO, EINE ÜBERTRAGBARE INFEKTION ZU ERWERBEN

32. Sind Sie außerhalb EU-Europas geboren? Nein Ja
- Wenn ja, **wo?** _____
33. Hatten Sie zeitweilig Ihren Lebensmittelpunkt außerhalb EU-Europas? Nein Ja
- Wenn ja, **wann** sind Sie nach Deutschland eingereist? _____
- Von wo** sind Sie eingereist? _____
- Wie lang** war Ihr Aufenthalt in diesem Gebiet? _____
34. Haben Sie in den vergangenen sechs Monaten ein Malariaendemiegebiet besucht? Nein Ja
- Wenn ja, **wann?** _____
- Sind während oder nach dem Aufenthalt ungeklärte Fieberschübe aufgetreten oder wurden sonstige Hinweise auf eine Malaria beobachtet? Nein Ja
- Wenn ja, **wann?** _____
35. Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen irgendwo in Afrika südlich der Sahara oder in Süd- oder Südostasien einschließlich indischer Subkontinent aufgehalten? Nein Ja
36. Haben Sie sich in den vergangenen vier Wochen (im Zeitraum 1. Juni bis 30. November) auf dem nordamerikanischen Kontinent und/oder in Mexiko aufgehalten? Nein Ja
37. Hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen direkten Kontakt mit einem oder mehreren tot aufgefundenen Tieren (z.B. Vogel wegen Vogelgrippe oder Fuchs wegen Tollwut)? Nein Ja

38. Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten ein anderes Land außerhalb EU-Europas besucht? Nein Ja

Wenn ja, **wann** und **welches**? _____

39. Hatten Sie innerhalb der vergangenen vier Monate intimen Kontakt mit Personen, die einer Gruppe mit erhöhtem Infektionsrisiko für HBV, HCV und/oder HIV angehören (z.B. homo- und bisexuelle Männer, Drogenabhängige, männliche und weibliche Prostituierte, Häftlinge)? Nein Ja

40. Sind Sie in den vergangenen vier Monaten aus einer Haft entlassen worden? Nein Ja

41. Lebten Sie in den vergangenen vier Monaten innerhalb einer häuslichen Lebensgemeinschaft mit dem Risiko einer Infektion durch Hepatitis (HBV, HCV, HAV)? Nein Ja

42. Haben Sie ein Transplantat menschlichen Ursprungs erhalten? Nein Ja

Wenn ja, **wann** und **was**? _____

43. Wurden Sie schon einmal operiert? Nein Ja

Wenn ja, **wann** und **weswegen**? _____

44. Wurde bei Ihnen jemals eine Endoskopie/Biopsie mit flexiblen Instrumenten durchgeführt (z. B. Magen-Darm-Trakt, Bronchialsystem)? Nein Ja

Wenn ja, **wann** und **was**? _____

45. Wurde bei Ihnen jemals eine andere Endoskopie/Biopsie/Katheteranwendung durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, **wann** und **was**? _____

46. Haben Sie schon einmal Blutkomponenten (Eigenblut, Fremdblut) oder Plasmaderivate oder andere Blutprodukte (z.B. Gerinnungsfaktoren, Immunglobuline, Tetagam) erhalten? Nein Ja

Wenn ja, **wann** haben Sie **welches** Produkt erhalten? _____

Haben Sie eine **Rhesusprophylaxe** erhalten?
(Falls der Rhesusfaktor Ihrer Blutgruppe positiv ist, antworten Sie bitte mit Nein) Nein Ja

47. Hatten Sie unbeabsichtigten Kontakt mit fremdem Blut oder haben Sie sich mit durch Blut kontaminierten Injektionsnadeln oder Instrumenten verletzt? Nein Ja

Wenn ja, **wann**? _____

Wenn ja, waren die Folgeuntersuchungen auffällig? Nein Ja

Wenn ja, **weil**? _____

48. Wurden Sie akupunktiert? Nein Ja

Wenn ja, **wann**? _____

Und **durch wen**? Arzt oder Hebamme mit sterilen Einmalnadeln andere Person

49. Haben Sie sich tätowieren oder Ohr, Nase oder andere Körperteile zur Befestigung von Schmuck durchstechen lassen? Nein Ja

Bitte geben Sie an, **was** durchgeführt wurde und **wann**: _____

Falls Ohrringe / Piercings entfernt wurden, geben Sie den Zeitpunkt an: _____

* 50. Wurde Ihnen in den letzten sieben Tagen ein Zahn gezogen oder haben Sie sich einem kleinen operativen Eingriff unterzogen? Nein Ja

Haben Sie ein Zahnimplantat? Nein Ja

B3. IMPFUNGEN

51. Sind Ihnen innerhalb der vergangenen vier Wochen Lebendimpfstoffe (z.B. Poliomyelitis, Gelbfieber, Röteln, Masern, Mumps, Typhus, Cholera) verabreicht worden? Nein Ja
Wenn ja, **welche?** _____
52. Wurden Sie nach einem Hunde- oder Fuchsbiss gegen Tollwut geimpft? Nein Ja
Wenn ja, **wann, mit welchem Impfstoff?** _____
53. Wurden Sie gegen Hepatitis B geimpft? Nein Ja
Wenn ja, **wann, mit welchem Impfstoff?** _____
- * 54. Haben Sie innerhalb der vergangenen vier Wochen Tot- bzw. Toxoidimpfstoffe oder gentechnisch hergestellte Impfstoffe (z.B. Poliomyelitis inaktiviert, Typhus inaktiviert, Fleckfieber, Diphtherie, Influenza, Cholera inaktiviert, Tetanus, FSME, Hepatitis A) verabreicht bekommen? Nein Ja
Wenn ja, **wann, mit welchem Impfstoff?** _____
Traten danach klinische Symptome auf? Nein Ja
Wenn ja, **welche?** _____

B4. SONSTIGES

55. Wurden Ihnen Zell- oder Serumprodukte tierischen Ursprungs verabreicht? Nein Ja
Wenn ja, **wann?** _____
Welches Produkt? _____
56. Haben Sie während der vergangenen zehn Tage irgendein Medikament eingenommen (zu diesen zählen auch nicht rezeptpflichtige Schmerzmittel, auch Homöopathica und Nahrungsergänzungsmittel)? Nein Ja
Wenn ja, **wann und was?** _____

- * Zusatz zu den Fragen 28, 29, 30, 50 und 54:
Wurde der Fragebogen länger als vier Wochen vor der Geburt ausgefüllt, sind Sie verpflichtet, eticur) zu benachrichtigen, falls eine der genannten Infektionen aufgetreten ist oder Sie einen kleinen operativen Eingriff hatten!

Wer die Fragen bewusst falsch beantwortet, muss mit einem Strafverfahren wegen vorsätzlicher Körperverletzung oder Tötung rechnen, wenn es deshalb zu einer Infektion des Blutempfängers mit Krankheitserregern (z.B. Hepatitis- oder AIDS-Erreger) kommt!

Ich verpflichte mich hiermit, eticur) unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn bis zur Geburt meines Kindes oder innerhalb von zwölf Monaten nach der Geburt bei mir oder meinem Kind eine Infektionskrankheit auftritt, die durch Blut übertragen werden kann (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C oder HIV), bzw. eine der o.g. Erkrankungen oder genetisch bedingten Erkrankungen bei meinem Kind festgestellt wird!

Ich habe den Anamnesefragebogen gelesen und verstanden sowie wahrheitsgemäß ausgefüllt. Falls ich noch weitere Fragen habe, werde ich mich an eticur) wenden.

Durch eine Untersuchung bei meinem Frauenarzt weiß ich bereits, dass mein Kind/meine Kinder ...

- ... ein Junge sein wird / zwei Jungen sein werden (nicht zutreffendes bitte streichen).
 ... ein Mädchen sein wird / zwei Mädchen sein werden (nicht zutreffendes bitte streichen).
 ... ein Junge und ein Mädchen sein werden.
 Das Geschlecht ist mir noch nicht bekannt.

Datum, Unterschrift der Mutter

Original und 1. Durchschlag zurück an eticur)
(wir leiten das Original zum Verbleib an die
Klinik weiter)
2. Durchschlag zum Verbleib für Ihre Unterlagen

Name, Vorname der Schwangeren

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Freistellungsvereinbarung

Wir/Ich erkläre(n) mich/uns hiermit im eigenen sowie im Namen unseres/meines noch nicht geborenen Kindes einverstanden, bei Ansprüchen

- gegenüber der Klinik sowie
- gegenüber sämtlichen bei der Nabelschnurblutentnahme und der Entnahme mütterlichen Blutes tätigen Ärzte, Belegärzte, angestellten und freiberuflichen Hebammen und Mitarbeitern, welche die Entbindung und die Blutentnahme durchführen, wegen fahrlässigen, auch grob fahrlässigen Fehlverhaltens bei der Entnahme des Nabelschnurblutes und der Entnahme mütterlichen Blutes nur gegen eticur) vorzugehen, mit der Folge, dass eticur) das Risiko für die Durchsetzbarkeit der Ansprüche vollumfänglich übernimmt. Das für eticur) in den Entbindungseinrichtungen tätige Personal ist über eticur) haftpflichtversichert.

Mir/uns ist bekannt, dass eventuelle Ansprüche gegen eticur) hiervon unberührt bleiben. Diese Freistellungsvereinbarung hat den Vorteil, dass bei einem Zwischenfall eticur) formal mein/unser einziger Ansprechpartner ist.

Mir/uns ist darüber hinaus bewusst, dass selbst bei Beachtung aller Sorgfaltsanforderungen die Nabelschnurblutentnahme und Einlagerung der Nabelschnurblutpräparation unter Umständen nicht erfolgreich sein kann. In diesem Falle liegt ein schadensersatzrechtlich relevanter Zwischenfall nicht vor.

Aufklärungs- und Einverständniserklärung

Wir/Ich sind/bin umfassend über die Thematik der Entnahme von Nabelschnurblut aufgeklärt worden und wir/ich habe(n) uns/mich für die Entnahme des Nabelschnurblutes bei der Geburt meines Kindes und für die Aufbewahrung der daraus gewonnenen Stammzellen entschieden.

Wir/Ich stimme(n) der Entnahme durch die Entnahmeklinik sowie der Aufbewahrung der Stammzellen in der Stammzellbank des Universitätsklinikums Erlangen zu.

- Mir ist bekannt, dass es sich bei dem entnommenen Blut um Nabelschnurblut handelt und dieses für das Kind nicht benötigt wird und normalerweise verworfen wird.
- Das Entnahmeverfahren wurde mir ausführlich erläutert.
- Der Entnahme meines Blutes innerhalb von 48 Stunden vor oder direkt nach der Geburt zur Bestimmung der erforderlichen infektionsserologischen Untersuchungen stimme ich ausdrücklich zu.
- Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Daten an die Entnahmeklinik einverstanden.
- Dem Leiter der Herstellung und dem Leiter der Qualitätskontrolle von eticur), sowie der Transfusionsmedizinischen und Hämostaseologischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen gewähre ich die notwendige Einsicht in die Schwangerschafts- (Anamnesebogen, vertrauliche Befunde des Gynäkologen) und Entbindungsunterlagen (Herstellungsprotokoll NSB). eticur) stellt sicher, dass Ihre Daten ausschließlich den Personen zur Kenntnis gelangen, die im Rahmen der Vertragserfüllung tätig werden.

Ort, Datum

Unterschrift der werdenden Mutter und des Vaters (falls vertretungsberechtigt)

Vorantrag für Teilzahlung mit medipay in Zusammenarbeit mit eticur) für die Aufbewahrung von Stammzellen aus dem Nabelschnurblut

Die Finanzierung
dieser einzigartigen
Gesundheitsvorsorge für
Ihr Baby gibt es schon

ab **0%**

Von dem Antragsteller auszufüllen (in Druckbuchstaben)					
Angaben zum Antragsteller Antragsteller darf nicht die werdende Mutter sein	Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort			
	Nachname	ggfs. Geburtsname			
	Vorname der Schwangeren	Nachname der Schwangeren			
	Meldeanschrift: Straße, Hausnummer	Meldeanschrift: PLZ, Wohnort			
	Dort wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit			
	Familienstand	Unterhaltspflichtige Kinder			
	Telefon	E-Mail			
Falls Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre	Vorherige Adresse				
	Dort wohnhaft gewesen von / bis				
Angaben zur finanziellen Situation					
<input type="checkbox"/> Angestellte(r) / Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Rentner(in) <input type="checkbox"/> Selbständig	Derzeitige Tätigkeit	Name des Arbeitgebers		Dort beschäftigt seit	
	Adresse des Arbeitgebers (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)				
	Nettoeink./Rente mtl. €	Warmmiete mtl. €	Hypothekenzahlgn. mtl. €	Unterhaltszahlgn. mtl. €	Ratenkreditbel. mtl. €
	Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag			EUR	
	Monatliche Wunschrate			EUR	
Bankverbindung (Hauptkonto)	Bank	BLZ			
	Kontonummer	EC-Kartennummer	Gültig bis		

Angebot Restkreditversicherung gewünscht Ja Nein

Die Vertragsunterlagen und die sonstige Korrespondenz erbitte ich per Post E-Mail

Einwilligung zur Datenübermittlung an SCHUFA, Auskunfteien und Behandler / Leistungserbringer

Datenschutz / Einwilligung: Mir / Uns ist beannt, dass meine / unsere Daten von der **medipay** Partnerbank zum Zweck der Vertragsabwicklung gespeichert und verarbeitet werden. Ich / Wir willige(n) ein, dass meine / unsere Daten zum Zweck der Kundenbetreuung verwendet werden dürfen. Ebenso willige(n) ich / wir ein, das **medipay** die Finanzierungsentscheidung an den Behandler / Leistungserbringer übermittelt. Es gelten die Datenschutzbestimmungen der Bundesrepublik Deutschland.

SCHUFA und Auskunfteien: Ich / Wir willige(n) ein, dass die **medipay** Partnerbank zum Zwecke der Bonitätsprüfung der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, und infoscore Consumer Data GmbH + informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Daten (Name, Adresse, Geburtsort und -datum) übermittelt.

Insoweit befreie(n) ich / wir die medipay Partnerbank vom Bankgeheimnis. Die **medipay** Partnerbank bezieht Bonitätsdaten auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung der Anschriftdaten von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Den oben stehenden Text ("Einwilligung zur Datenübermittlung ... ") habe ich zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift in die Datenübermittlung ein.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers