

## Auftrag zur Gewinnung und privaten Aufbewahrung eines Stammzellpräparats aus Nabelschnurblut

### Kontaktdaten Angaben zu den Sorgeberechtigten des ungeborenen Kindes (in Druckbuchstaben)

Name, Vorname der Mutter	Name, Vorname des Vaters (sofern vertretungsberechtigt)
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Mobilnummer	Mobilnummer
E-Mail	E-Mail
Errechneter Geburtstermin bzw. Sectio-Termin	Anzahl bei Zwillingen/Mehrlingen
Voraussichtliche Geburtsklinik, Ort (Auswahl auf: <a href="http://www.eticur.de/klinik">www.eticur.de/klinik</a> )	Betreuender Gynäkologe, Ort

### Komplettpreis oder Abo? Bitte wählen Sie eines unserer Produkte und kreuzen Sie bitte an:

eticur) PREMIUM 25 einmaliger Komplettpreis für 25 Jahre	
<input type="checkbox"/> eticur) PREMIUM 25	EUR 2.595
<input type="checkbox"/> Zwillinge/Drillinge	EUR 4.190*

\* inkl. Zwillingrabatt; nicht mit anderen Sonderkonditionen oder Rabatten kombinierbar

#### Zusatzoption auf Wunsch

- plus 25 Jahre Laufzeit pro Kind (PREMIUM 50) EUR 1.000

#### Sonderkonditionen

Gewährte Preisnachlässe/Vergünstigungen sind nicht untereinander kombinierbar und werden nicht rückwirkend gewährt

- Treuenachlass für wiederkehrende Kunden
2. Aufbewahrung (Zwillinge zählen als eine) EUR 150
3. Aufbewahrung (Zwillinge zählen als eine) EUR 300
- Zuzahlung für privat Krankenversicherte der uniVersa  
informieren Sie sich dazu auf [eticur.de](http://eticur.de) und bei Ihrer Krankenkasse

#### Zahlungsmöglichkeiten

Bei Vertragsabschluss werden pro Kind EUR 195 als Anzahlung auf die Vertragsgebühr in Rechnung gestellt, der Restbetrag erfolgt mit der Endrechnung.

- Überweisung
- Lastschriftverfahren (bitte SEPA-Mandat ausfüllen)

eticur) PREMIUM VARIO einmaliger Basispreis und jährliche Gebühren	
<input type="checkbox"/> eticur) PREMIUM VARIO / Basispreis 1. Jahr	EUR 795
<input type="checkbox"/> Zwillinge / Basispreis 1. Jahr	EUR 1.590

#### Aufbewahrungsgebühren ab dem 2. Jahr

eticur) PREMIUM VARIO ist nach dem ersten Jahr jährlich kündbar und nicht mit Sonderkonditionen, Vergünstigungen oder Aktionen kombinierbar.

Jährliche Aufbewahrungsgebühren pro Kind EUR 120

#### Zahlungsmöglichkeit

Bei Vertragsabschluss werden pro Kind EUR 195 als Anzahlung auf die Vertragsgebühr in Rechnung gestellt, der Restbetrag erfolgt mit der Endrechnung. Die Bezahlung bei eticur) PREMIUM VARIO ist nur im Lastschriftverfahren möglich.

Zusatzoptionen sowie Rabatte, Gutscheine oder sonstige Vergünstigungen sind nicht mit eticur) PREMIUM VARIO kombinierbar.

Lastschriftverfahren (bitte SEPA-Mandat ausfüllen)

Ich/Wir habe/n die allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Widerrufsbelehrung und die Datenschutzbestimmung zur Kenntnis genommen und als Vertragsbestandteil akzeptiert. Durch meine Unterschrift stimme ich der Kontaktaufnahme durch eticur) per Post, Telefon und E-Mail zu.

- Sollten Sie einen **Versand der Entnahmebox innerhalb der Widerrufsfrist** von 14 Tage wünschen, stimmen Sie bitte folgender Erklärung zu:  
Ich verlange ausdrücklich und stimme gleichzeitig zu, dass Sie mit der in Auftrag gegebenen Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnen.  
Ich weiß, dass mein Widerrufsrecht bei vollständiger Erfüllung des Vertrages erlischt.

Ort, Datum

Unterschrift der werdenden Mutter und des Vaters (falls vertretungsberechtigt)

## Angaben zur Schwangeren (in Druckbuchstaben)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

## Freistellungsvereinbarung

Hiermit erkläre ich mich im eigenen sowie im Namen des 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 die eticur) GmbH vorzugehen, mit der Folge, dass die eticur) GmbH das Risiko für die Durchsetzbarkeit der Ansprüche vollumfänglich übernimmt. Die für eticur) in den Entbindungseinrichtungen tätigen Personen sind über eticur) haftpflichtversichert. Mir ist bekannt, dass eventuelle Ansprüche gegen die eticur) GmbH hiervon unberührt bleiben. Diese Freistellungsvereinbarung hat den Vorteil, dass bei einem Zwischenfall die eticur) GmbH formal mein einziger Ansprechpartner ist.

## Aufklärungs-, Einverständnis- und Vollständigkeitserklärung

### Bitte Auswahl treffen!

Ich habe mich dafür entschieden, bei der Geburt meines Kindes das Nabelschnurblut abnehmen und die daraus gewonnenen Stammzellen aufbewahren zu lassen.

- Hiermit verzichte ich auf eine ausführliche telefonische Aufklärung durch eticur). Ich habe die Aufklärung auf [www.eticur.de/aufklaerung](http://www.eticur.de/aufklaerung) nachgelesen und wurde darüber informiert, dass ich mich bei Fragen an die kostenfreie Hotline 0800-0-384287 wenden kann.
- Ich wurde umfassend telefonisch durch eticur) über die Thematik der Aufbewahrung von Nabelschnurblut (z.B. Entnahmeverfahren, medizinischer Nutzen, Aufbewahrungsdauer, Risiken) gemäß "Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen – Erste Fortschreibung vom 01.04.2019" aufgeklärt.

- Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen von eticur) gelesen und die darin enthaltenen Information zu Nabelschnurblutstammzellen verstanden und akzeptiere diese.
- Ich stimme der Entnahme durch die Entnahmeeinrichtung sowie der Aufbewahrung der Stammzellen in dem von eticur) beauftragten Verarbeitungs- und Lagerungszentrum zu.
- Das Entnahmeverfahren ist mir bekannt. Die Entnahme ist schmerzfrei und risikolos für Mutter und Kind.
- 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 habe alle Angaben auf dem Anamnesebogen, insbesondere zu bei mir vorliegenden Infektionen, vollständig nach bestem Wissen und Gewissen sowie in Kenntnis der evtl. Strafbarkeit bei Falschangaben gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift der werdenden Mutter

Unterschrift eticur)

## Datenschutzerklärung

Ich erlaube hiermit, dass die für die Nabelschnurblutentnahme, deren Lagerung und Verwendung erforderlichen Daten, insbesondere Daten zu meinem Gesundheitszustand von der eticur) GmbH, dem von der eticur) GmbH konkret beauftragten Verarbeitungs- und Lagerungszentrum und der entnehmenden Klinik erhoben, verarbeitet und im Rahmen der sachlichen Erfordernisse genutzt werden dürfen, um den Zweck der Nabelschnurblutentnahme sowie die Zwecke der Lagerung und Verwendung zu erfüllen. Ich stimme zu, dass die Verbindung von Mutter, Kind und Nabelschnurblut über die Dauer der Aufbewahrung bzw. bei Anwendung darüber hinaus gespeichert wird. Mir ist bewusst, dass es sich dabei auch um besonders sensible Daten zu meiner Gesundheit (Art. 9 Datenschutz-Grundverordnung EU) handelt.

Ort, Datum

Unterschrift der werdenden Mutter

# Anamnesefragebogen

## Vertrauliche Angaben (in Druckbuchstaben)

### Angaben zur Schwangeren

Name, Vorname (ggfs. Geburtsname)	Geburtsdatum, Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort*
Telefon	Fax
Mobilnummer (tagsüber erreichbar)	Personalausweisnr.
<input type="checkbox"/> Es besteht eine Zwillingschwangerschaft.	Beruf
voraussichtliche Geburtsklinik	
errechneter Entbindungstermin	geplanter Kaiserschnitt-Termin

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

## Herkunftsland der Eltern (und deren Vorfahren) des Neugeborenen

### Angaben zur Mutter

Deutschland oder

### Angaben zum Vater

Deutschland oder

Falls zum Ausfüllen dieses Fragebogens ein Übersetzer benötigt wird, geben Sie bitte die Personalien des Übersetzers an.  
**Familienangehörige dürfen nicht als Übersetzer eingesetzt werden !**

### Angaben zum Übersetzer

Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

**Liebe werdende Mutter,**  
**um Ihre Eignung zur Entnahme des Nabelschnurblutes feststellen zu können, benötigen wir Angaben zu bestehenden und früheren Erkrankungen.**

## A. Familienanamnese

**Vor einer Entnahme des Nabelschnurblutes 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 1. und 2. Grades (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten und Onkel) des ungeborenen Kindes beziehen.**

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

- 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, Hypoglobulinanämie, 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?** \_\_\_\_\_
- Tumoren/Leukämien**  Nein  Ja

Falls ja, **bei wem** \_\_\_\_\_ **und welche Erkrankung?** \_\_\_\_\_

- 3. Chromosomale Störungen**  Nein  Ja  
 (z.B. Turner Syndrom, Trisomien oder Monosomien, Missbildungs-Syndrome ect.)  
 Falls ja, **bei wem** \_\_\_\_\_ und **welche Erkrankung?** \_\_\_\_\_
- 4. Schwere erbliche Hauterkrankungen**  Nein  Ja  
 (z.B. Neurofibromatose, angeborene extreme Lichtschädigung etc.)  
 Falls ja, **bei wem** \_\_\_\_\_ und **welche Erkrankung?** \_\_\_\_\_
- 5. Andere Erkrankungen**  Nein  Ja  
 (z.B. Multiple Sklerose, Autoimmun-Erkrankungen, angeborene Muskeldystrophien etc.)  
 Falls ja, **bei wem** \_\_\_\_\_ und **welche Erkrankung?** \_\_\_\_\_
- 6. Konnten Sie die Fragen 1 bis 5 für alle Verwandten 1. Grades des erwarteten Kindes/ Neugeborenen (Mutter, Vater, Geschwister) beantworten?**  Nein  Ja  
 Falls nein, **für wen nicht?** \_\_\_\_\_
- 7. Liegt der bestehenden Schwangerschaft eine Eizell- oder Samenspende zugrunde?**  Nein  Ja  
 Falls ja, **was?** \_\_\_\_\_

### B1. Anamnese der Schwangeren

- 1. Wann ist der von Ihrem Frauenarzt errechnete Geburtstermin?** \_\_\_\_\_
- 2. Die wievielte Schwangerschaft ist Ihre jetzige Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_
- 3. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (ggf. unterstreichen):**
- a. Herz-, Gefäß- oder Kreislauferkrankung (z. B. Bluthochdruck, Thrombose, Embolie, Schlaganfall)  Nein  Ja  
 Falls ja, **was?** \_\_\_\_\_
- b. Erkrankung von Haut, Blut, Gehirn, Nerven- oder Lymphsystem, Lunge (z. B. Asthma), Leber, Niere, Magen oder Darm  Nein  Ja  
 Falls ja, **was?** \_\_\_\_\_
- c. Allergie, Autoimmunerkrankung, Rheumatisches Fieber, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Tumor (z.B. Krebs)?  Nein  Ja  
 Falls ja, **was?** \_\_\_\_\_
- 4. Leiden Sie an einer anderen chronischen Erkrankung?**  Nein  Ja  
 Falls ja, **woran?** \_\_\_\_\_
- 5. Wurde bei Ihnen jemals**
- a. eine Leberentzündung (z.B. Gelbsucht, Hepatitis-A, Hepatitis-B, Hepatitis-C) festgestellt?  Nein  Ja  
 Falls ja, **was?** \_\_\_\_\_
- b. eine Infektion mit dem Immunschwächevirus (HIV-1/2: AIDS) oder HTLV-Virus (HTLV-1/2) nachgewiesen?  Nein  Ja  
 Falls ja, **was?** \_\_\_\_\_
- 6. Sind Sie oder waren Sie an Syphilis (Lues) erkrankt?**  Nein  Ja
- 7. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden seltenen Erkrankungen festgestellt: Chagas-Krankheit (Trypanosomiasis), Brucellose, Babesiose, Leishmaniose, Lepra, Melioidose, Rückfallfieber, Hasenpest (Tularämie), Fleckfieber oder andere Rickettsiosen?**  Nein  Ja
- 8. Sind Sie jemals mit Hormonen der Hirnanhangdrüse, hergestellt aus menschlichem Gewebe, z.B. wegen Wachstumsstörungen, Unfruchtbarkeit, Endometriose behandelt worden?**  Nein  Ja  
 Falls ja, mit **was?** \_\_\_\_\_
- 9. Haben Sie jemals Dura mater (harte Hirnhaut) oder Kornea (Hornhaut des Auges) oder andere Transplantate menschlichen oder tierischen Ursprungs erhalten/transplantiert bekommen?**  Nein  Ja

10. Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder die Variante Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) festgestellt oder bestand jemals ein Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?  Nein  Ja
11. Haben Sie sich in den Jahren 1980 bis 1996 insgesamt mehr als sechs Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten?  Nein  Ja
12. Wurden Sie nach dem 1.1.1980 im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland operiert oder haben Sie danach dort Transfusionen (Blutkomponenten) erhalten?  Nein  Ja
13. Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamentenabhängig oder rauschgiftsüchtig?  Nein  Ja
14. Werden Sie ständig mit Arzneimitteln behandelt?  Nein  Ja  
Falls ja, womit? \_\_\_\_\_
15. Sind oder waren Sie jemals an Malaria erkrankt?  Nein  Ja  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_
16. 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  
Falls ja, wann und was? \_\_\_\_\_
17. Hatten Sie im letzten Jahr eine Toxoplasmose oder Rötelninfektion?  Nein  Ja  
Falls ja, was und wann sind die Symptome abgeklungen? \_\_\_\_\_
18. Haben Sie in den letzten 4 Wochen einen fieberhaften Infekt durchgemacht?  Nein  Ja  
Falls ja, wann und was? \_\_\_\_\_
19. Litten Sie in den vergangenen 4 Wochen an einer anderen Infektionskrankheit?  Nein  Ja  
Falls ja, wann und woran? \_\_\_\_\_
20. Litten Sie in den vergangenen 4 Wochen an einer Durchfallerkrankung?  Nein  Ja  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_
21. Traten in der Schwangerschaft Komplikationen auf?  Nein  Ja  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
In welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

## B2. Fragen zur Exposition mit dem Risiko, eine übertragbare Infektion zu erwerben

22. Sind Sie außerhalb EU-Europas geboren?  Nein  Ja  
Falls ja, wo? \_\_\_\_\_
23. Haben Sie jemals länger als 6 Monate außerhalb Europas gelebt?  Nein  Ja  
Falls ja, wo? \_\_\_\_\_ und wann? \_\_\_\_\_  
Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzzeitig, im Ausland?  Nein  Ja  
Falls ja, wo? \_\_\_\_\_ und wann? \_\_\_\_\_
24. Haben Sie in den letzten 6 Monaten ein Malaria-Endemiegebiet besucht?  Nein  Ja  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_  
Sind während, oder nach dem Aufenthalt, ungeklärte Fieberschübe aufgetreten oder wurden sonstige Hinweise auf eine Malaria beobachtet?  Nein  Ja  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_
25. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Intimkontakt (vaginal, oral oder anal) mit einer neuen Partnerin/einem neuen Partner?  Nein  Ja

26. **Gehören Sie, oder gehörten Sie innerhalb der letzten 12 Monate einer Gruppe mit einem gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Risiko für eine HBV- (Hepatitis-B-Virus-), HCV- oder HIV-Infektion an, z.B.**  Nein  Ja
- Drogenabhängige,
  - Personen, die Sexualverkehr gegen Geld oder andere Leistungen (z. B. Unterkunft, Drogen) anbieten,
  - Sexarbeiter,
  - Personen, die Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern haben,
  - transsexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten,
  - Häftlinge?
27. **Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Intimkontakt:**
- a. mit einer Person, die mehr als 6 Monate außerhalb Europas gelebt hat?  Nein  Ja  
Falls ja, **wo** hat die Person gelebt und **in welchem Zeitraum?** \_\_\_\_\_
- b. mit einer Person, die eine schwere Infektionskrankheit (AIDS oder Hepatitis) übertragen könnte?  Nein  Ja
- c. mit einem Mann, der Sexualverkehr mit Männern hat?  Nein  Ja
28. **Lebten Sie in den letzten 4 Monaten innerhalb einer häuslichen Lebensgemeinschaft mit dem Risiko einer Infektion durch Hepatitis (HBV, HCV, HAV)?**  Nein  Ja
29. **Haben Sie ein Transplantat menschlichen Ursprungs erhalten?**  Nein  Ja  
Falls ja, **wann** und **was?** \_\_\_\_\_
30. **Wurden Sie schon einmal operiert?**  Nein  Ja  
Falls ja, **wann** und **weswegen?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
31. **Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eine Operation, eine Gewebetransplantation, eine Endoskopie (z. B. Magen-, Blasen-, Darm- oder Gelenkspiegelung), eine Katheteranwendung oder wurde Ihnen Gewebe entnommen (Biopsie)?**  Nein  Ja  
Falls ja, **wann** und **was?** \_\_\_\_\_
32. **Haben Sie schon einmal Blutkomponenten (Eigenblut, Fremdblut) oder Plasmaderivate oder andere Blutprodukte (z.B. Gerinnungsfaktoren, Immunglobuline, Tetagam) erhalten?**  Nein  Ja  
Falls ja, **wann, wo** und **was?** \_\_\_\_\_  
Haben Sie eine **Rhesusprophylaxe** erhalten?  Nein  Ja
33. **Sind Sie in den letzten 4 Monaten in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z.B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch eine Verletzung mit einem Instrument (z.B. Injektionsnadel)?**  Nein  Ja  
Falls ja, **wann?** \_\_\_\_\_
34. **Wurden Sie akupunktiert?**  Nein  Ja  
Falls ja, **wann?** \_\_\_\_\_  
und **durch wen?**  Arzt oder Hebamme mit sterilen Einmalnadeln  andere Person
35. **Haben Sie in den letzten 4 Monaten Spritzen erhalten, die nicht vom Arzt verschrieben wurden (z.B. Muskelaufbaupräparate)?**  Nein  Ja
36. **Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten einer hautverletzenden Maßnahme unterzogen, wie Tätowierung, Piercing, Ohrlochstechen, transdermale Implantate, Cutting, Branding oder kosmetische Behandlung (z.B. Botoxspritzen, permanentes Make-up)?**  Nein  Ja  
Falls ja, **was** wurde gemacht? \_\_\_\_\_  
und **wann?** \_\_\_\_\_
37. **Trugen Sie in den letzten 4 Wochen ein Piercing/eine Durchbohrung im Bereich der Schleimhäute (Zunge, Lippen, Genitalbereich etc.)?**  Nein  Ja
38. **Wurde Ihnen in den letzten 7 Tagen ein Zahn gezogen oder haben Sie sich einem kleinen operativen Eingriff unterzogen?**  Nein  Ja

39. Planen Sie am Tag vor der Entbindung eine zahnärztliche Behandlung oder professionelle Zahnreinigung?

Nein  Ja

### B3. Impfungen

40. Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft?

Nein  Ja

Falls ja, gegen welche Erkrankungen und wann? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

41. Haben Sie jamals Frischzellen bzw. Gewebe (Transplantate) von Tieren erhalten?

Nein  Ja

- Sind Sie in den letzten 12 Monaten nach einem Tierkontakt gegen Tollwut geimpft worden?
- Erhielten Sie in den letzten 12 Monaten tierisches Serum (z.B. gegen Schlangenbisse)?

### B4. Sonstiges

42. Haben Sie während der letzten 10 Tage irgendein Medikament eingenommen (zu diesen zählen auch nicht rezeptpflichtige Schmerzmittel u.a.)?

Nein  Ja

Falls ja, wann und was? \_\_\_\_\_

43. Haben Sie jamals Tabletten zur Behandlung von Schuppenflechte oder schwerer Akne eingenommen (z.B. Tigason®, Neo-Tigason®, Roaccutan®)?

Nein  Ja

44. Gehören Sie einer Gruppe mit einem Verhalten oder einer Tätigkeit an, die ein hohes Risiko für durch Blut übertragene Infektionskrankheiten birgt, z. B. bei beruflichen oder anderen Expositionen gegenüber hochpathogenen Erregern?

Nein  Ja

Falls ja, zu welcher? \_\_\_\_\_

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!

Sollten sich zwischenzeitlich **Änderungen** ergeben, teilen Sie uns dies bitte **am Tag der Entbindung** auf dem Formular „**aktuelle Ergänzungen zum Anamnesefragebogen**“ mit. Dieses liegt der Entnahmebox bei.

Unterrichten Sie bitte eticur), wenn **innerhalb einer Woche nach der Entbindung**/Nabelschnurblutentnahme fieberhafte Erkrankungen oder sonstige Störungen des Allgemeinbefindens auftreten.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter



# Komplettpreis oder Abo!

Unsere Angebote auf einen Blick für Ihre Stammzellaufbewahrung mit eticur)

**Flexibel**  
ohne feste Laufzeit

## eticur) PREMIUM 25

einmaliger Komplettpreis für 25 Jahre

**EUR 2.595**

Darin enthalten sind:

### Servicepauschale

Vertragsbearbeitung und Bereitstellung der Entnahmebox  
(Zahlung nach Zusendung der Entnahmebox)

**EUR 195<sup>1</sup>**

**Entnahme, Verarbeitung und 25 Jahre Aufbewahrung**  
(Zahlung nach erfolgreicher Aufbewahrung)

**EUR 2.400**

### Jährliche Aufbewahrungsgebühr

(im Komplettpreis enthalten)

**EUR 0**

### Zusaddoption auf Wunsch

Verdoppelung der Laufzeit (PREMIUM 50)

**EUR 1.000**

### Sparen Sie mit unseren Sonderkonditionen<sup>2</sup>

**Treuenachlass: EUR 150 / EUR 300**

für die 2. Aufbewahrung / ab der 3. Aufbewahrung

**Zwillingsrabatt: EUR 1.000**

bei Drillingen ist Aufbewahrung für das 3. Kind kostenlos

**uniVersa-Versicherte bis zu EUR 600**

je nach Versicherungsleistung inkl. EUR 100 durch eticur)

### Lebenslange Laufzeitverlängerung möglich!

Am Ende der vertraglichen Laufzeit kann eine Verlängerung in 10-Jahres-Paketen erfolgen. Die Kosten betragen EUR 400 (rechnerisch EUR 40/Jahr) zzgl. der dann gültigen MwSt. und einer evtl. Preissteigerung<sup>3</sup>.

## eticur) PREMIUM VARIO

einmaliger Basispreis und jährliche Gebühren

ab **EUR 795**

Darin enthalten sind:

### Servicepauschale

Vertragsbearbeitung und Bereitstellung der Entnahmebox  
(Zahlung nach Zusendung der Entnahmebox)

**EUR 195<sup>1</sup>**

**Entnahme, Verarbeitung und 1. Jahr der Aufbewahrung**  
(Zahlung nach erfolgreicher Aufbewahrung)

**EUR 600**

### Jährliche Aufbewahrungsgebühr ab dem 2. Jahr

(keine Laufzeitbindung, jährlich kündbar)

**EUR 120**

eticur) PREMIUM VARIO ist nach dem ersten Jahr jährlich kündbar und nicht mit Sonderkonditionen, Aktionen oder anderen Vergünstigungen kombinierbar.

<sup>1</sup> Falls es zu keiner Entnahme/Einlagerung kommt, fällt nur die Servicepauschale in Höhe von EUR 195 an. Die Entnahmebox ist zurückzusenden. Bei nicht Zurücksendung der Entnamebox fällt ein Wertersatz in Höhe von EUR 75 an.

<sup>2</sup> Seitens eticur) gewährte Sonderkonditionen sind nicht untereinander oder mit anderen Aktionen kombinierbar und werden nicht rückwirkend gewährt.

<sup>3</sup> eticur) behält sich für den Fall, dass sich der von dem Statistischen Bundesamt veröffentlichte Verbraucherpreisindex für Deutschland um mindestens 10 Prozent ändert, vor die Vergütung der Vertragsverlängerung im unterbreiteten Angebot im gleichen Verhältnis zu ändern.

Unsere Preise sind **Bruttopreise** und verstehen sich **inklusive der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer**.



# Unsere PREMIUM Leistungen auf einen Blick



eticur) vertraut  
auf die Kompetenz  
der FamiCord-Gruppe

**EUROPAS  
NR. 1**

## Beratung, Entnahme und Transport

- ✓ Fachberatung durch das eticur)-Expertenteam
- ✓ Beurteilung des Anamnesebogens und vorläufige Spendereignungsfeststellung
- ✓ Temperaturüberwachte Spezial-Entnahmebox
- ✓ Nabelschnurblutentnahme von geschultem Personal in mit eticur) kooperierender Klinik
- ✓ Eiltransport der Entnahmebox durch Spezialkurier in die Stammzellbank

## Verarbeitung und Aufbewahrung durch die FamiCord-Gruppe

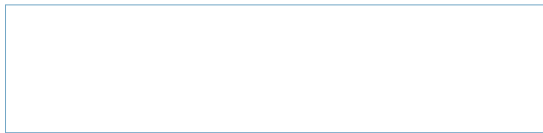
- ✓ Verarbeitung des Bluts im GMP-Labor
- ✓ Isolation der Stammzellen aus dem Nabelschnurblut
- ✓ Aufbewahrung in 1 Kryobeutel mit 4 Rückstellproben im Edelstahl-Kryotank, ab 120ml automatisch 2 Kryobeutel mit je 3 Rückstellproben
- ✓ computergesteuerter Einfriervorgang und stromunabhängige Aufbewahrung
- ✓ persönliches Zertifikat über die Aufbewahrung

## Testungen im GMP-Labor der FamiCord-Gruppe

- ✓ Bestimmung des Blutvolumens und der darin enthaltenen Anzahl kernhaltiger Zellen sowie der CD34+-Stammzellen
- ✓ Blutgruppenbestimmung des Kindes
- ✓ Testung der Vitalität der Stammzell-Populationen durch Färbung
- ✓ Infektionsserologie bei der Mutter (HIV, HCV, HBc, Anti-HBc, HBs, HBs-AG, CMV, HTLV, Treponema Palladium)
- ✓ direkter Erregernachweis bei der Mutter (HIV, HBV, HCV, HEV)
- ✓ Sterilitätstestung des Stammzell-Präparats mit aerober und anaerober Kultur

## Weitere Leistungen

- ✓ Im potenziellen Anwendungsfall Organisation eines professionellen Transports zur medizinischen Einrichtung
- ✓ Sichere Aufbewahrung durch die FamiCord-Gruppe



## SEPA-Lastschrift-Mandat

### eticur) GmbH

Landsberger Straße 406  
81241 München

### Gläubiger Identifikationsnummer: DE9682100000561229

Mandatsreferenznummer entspricht der Rechnungsnummer und wird separat mitgeteilt.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die eticur) GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der eticur) GmbH auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

#### Daten des Kontoinhabers

Kontoinhaber

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Bank

IBAN

BIC (Swift Code)

Länderkennung und  
2-stellige Prüfziffer

8-stellige Bankleitzahl

rechtsbündige Kontonummer  
(Leerstellen zur BLZ werden mit Nullen gefüllt)

4-stelliger  
Bankcode

Länder-  
code




Kennung  
Ort

Kodierung  
Filiale

Datum

Unterschrift

## Wegweiser in eine gesündere Zukunft

Während der Schwangerschaft		Wer macht's
	<input type="checkbox"/> Wählen Sie eine mit eticur) kooperierende Entbindungseinrichtung: <a href="http://www.eticur.de/klinik">www.eticur.de/klinik</a>	Eltern
	<input type="checkbox"/> Beauftragen Sie uns: <a href="http://www.eticur.de/auftrag">www.eticur.de/auftrag</a>	Eltern
	<input type="checkbox"/> eticur) sendet Ihnen die Auftragsbestätigung.	eticur)
	<input type="checkbox"/> eticur) führt eine Aufklärung in Bezug auf die Herstellung des Stammzell-Präparats durch.	eticur)
	<input type="checkbox"/> eticur) sendet Ihnen 4 – 5 Wochen vor dem Entbindungstermin die Entnahmebox zu.	eticur)
	<input type="checkbox"/> Entnehmen Sie die Entnahmebox und die auf ihr liegenden Unterlagen aus dem Transportkarton. Die Box selbst darf nur vom Klinikpersonal geöffnet werden.	Eltern
	<input type="checkbox"/> Übergeben Sie das beigelegte Kuvert Ihrem Gynäkologen, dieser übermittelt uns die Befunde aus dem Mutterpass.	Eltern
	<input type="checkbox"/> Begleichen Sie die <b>Anzahlungsrechnung</b> in Höhe von EUR 195 (je Kind).	Eltern
	<input type="checkbox"/> eticur) informiert Ihre Klinik über Ihren Wunsch der Nabelschnurblutentnahme.	eticur)
Zur Geburt im Krankenhaus		Wer macht's
	<input type="checkbox"/> Überreichen Sie vor der Entbindung die Entnahmebox Ihrem Arzt oder Ihrer Hebamme.	Eltern
	<input type="checkbox"/> Am Tag der Entbindung füllen Sie das der Box beiliegende Formular „Aktuelle Ergänzungen zum Anamnesefragebogen“ aus.	Eltern
	<input type="checkbox"/> Für die Testung der Infektionsparameter wird der Mutter Blut abgenommen.	Klinik
	<input type="checkbox"/> Nach Abnabelung des Kindes erfolgt die Nabelschnurblutentnahme durch den Arzt oder die Hebamme.	Klinik
	<input type="checkbox"/> Das Klinikpersonal beauftragt die Abholung der Entnahmebox.	Klinik
Nach erfolgter Nabelschnurblutentnahme		Wer macht's
	<input type="checkbox"/> Der Kurier bringt die befüllte Box ins Stammzelllabor der FamiCord-Gruppe.	Kurier
	<input type="checkbox"/> Im Labor erfolgt die Verarbeitung, Qualitätskontrolle und Kryokonservierung der Stammzellen.	FamiCord-Gruppe
	<input type="checkbox"/> Die erfolgreiche Verarbeitung und Kryokonservierung wird von eticur) schriftlich bestätigt.	eticur)
	<input type="checkbox"/> eticur) informiert Sie über mögliche Abweichungen bei Qualitätsparametern.	eticur)
	<input type="checkbox"/> Im Falle von Qualitätsabweichungen haben Sie die Möglichkeit über die endgültige Aufbewahrung zu entscheiden. Bei Ablehnung entfällt die Endrechnung.	Eltern
	<input type="checkbox"/> Für die Ausstellung des Zertifikats senden Sie uns eine Kopie der <b>Geburtsurkunde</b> Ihres Kindes zu	Eltern
	<input type="checkbox"/> eticur) sendet Ihnen nach Abschluss der Testung und Qualitätskontrolle die <b>Bescheinigung</b> mit den Qualitätsparametern und die Endrechnung.	eticur)
	<input type="checkbox"/> Begleichen Sie die <b>Endrechnung</b> für die gewählte Leistung und Laufzeit.	Eltern
	<input type="checkbox"/> Nach Umlagerung an den Standort der dauerhaften Aufbewahrung erhalten Sie ein <b>Zertifikat</b> mit allen wichtigen Informationen.	eticur)

### Haben Sie noch weitere Fragen?

Unsere Fachberater stehen Ihnen gerne von Mo. bis Fr. von 8 – 17 Uhr und Fr. von 8 – 14:30 Uhr unter der **kostenfreien Hotline 0800-0-384287** zur Verfügung.