

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

Kontaktdaten <small>Angaben zu den Sorgeberechtigten des ungeborenen Kindes (in Druckbuchstaben)</small>	
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
Weitere Angaben	
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

Leistungspakete <small>(Preise inkl. Mehrwertsteuer)</small>		
	1 Kind	Zwillinge
eticur) PREMIUM 25	<input type="checkbox"/> EUR 2.595	<input type="checkbox"/> EUR 4.190
Zusatzpaket Leistung	<input type="checkbox"/> EUR 400	<input type="checkbox"/> EUR 800
<b>Option der kombinierten Aufbewahrung</b> <i>(nur in Verbindung mit Zusatzpaket)</i>	<input type="checkbox"/> JA, hiermit stimme/n ich/wir zu, dass die Typisierungsdaten des Kindes bei entsprechender Eignung in das Spender-Register des Universitätsklinikums Erlangen aufgenommen werden (AGB § 2 Abs. 6).	
Doppelte Laufzeit (50 Jahre)	<input type="checkbox"/> EUR 1.000	<input type="checkbox"/> EUR 2.000

Sonderkonditionen <small>(Gewährte Preisnachlässe/Vergünstigungen sind nicht untereinander kombinierbar und werden nicht rückwirkend gewährt)</small>		
Wiederkehrende Kunden Kd-Nr.:	<input type="checkbox"/> EUR 150 bei der 2. Aufbewahrung <input type="checkbox"/> EUR 300 ab der 3. Aufbewahrung	Zwillinge zählen als eine Aufbewahrung.
Mehrlinge		Ab dem 3. Mehrling ist die Aufbewahrung kostenfrei
Privat Krankenversicherte <input type="checkbox"/> uniVersa* *Tarife siehe Website, bitte Nachweis senden	uniVersa bis zu EUR 600 Preisvorteil Erstattung durch die Versicherungen, davon EUR 100 anteilig durch eticur).	uniVersa bis zu EUR 500 Preisvorteil je Kind Erstattung erfolgt nur durch die Versicherungen.

Zahlungsmöglichkeiten	
Bei Vertragsabschluss werden pro Kind EUR 195 als Anzahlung auf die Vertragsgebühr in Rechnung gestellt, der Restbetrag erfolgt mit der Endrechnung bei Übersendung des Zertifikats.	
<input type="checkbox"/> Überweisung	(Anzahlung und Endrechnung)
<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren	(Anzahlung und Endrechnung, bitte SEPA-Mandat ausfüllen)
<input type="checkbox"/> Finanzierung	(bitte TARGOBANK-Finanzierungsvorantrag für die Endrechnung 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 Ärzten, Belegärzten, 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 Informationen zu Nabelschnurblutstammzellen verstanden und akzeptiere diese.
- Ich stimme der Entnahme durch die Entnahmeeinrichtung sowie der Aufbewahrung der Stammzellen in der Stammzellbank des Universitätsklinikums Erlangen 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 Universitätsklinikum Erlangen 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 Zwillingsschwangerschaft.	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, 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? \_\_\_\_\_
- 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

# Stammzellaufbewahrung – unser Angebot für Sie:



Finanzierung<sup>1</sup> für eticur) PREMIUM 25

**Jetzt ab EUR 44,90/mtl.**

59 Montate zu je EUR 44,90, letzte Rate EUR 56,02  
zzgl. einmalige Anzahlung von EUR 195<sup>2</sup>; 4,9% eff. Jahreszins (PAngV)

Weitere Finanzierungsbeispiele, z.B. unsere 0%-Sonderfinanzierung<sup>1,3</sup>  
über 12 Monate finden Sie auf [www.eticur.de/finanzierung](http://www.eticur.de/finanzierung)

## Unsere Komplettpreise auf einen Blick

### eticur) PREMIUM 25

einmaliger Komplettpreis für 25 Jahre

**EUR 2.595**

Darin enthalten sind:

#### Servicepauschale

Vertragsbearbeitung und Bereitstellung der Entnahmebox

**EUR 195<sup>2</sup>**

(Zahlung nach Zusendung der Entnahmebox)

#### Entnahme, Verarbeitung und 25 Jahre Aufbewahrung

**EUR 2.400**

(Zahlung nach Erhalt des Zertifikats)

#### Jahresgebühren für 25 Jahre im Komplettpreis enthalten

**EUR 0**

(kein Risiko für Preissteigerungen)

### eticur) PREMIUM 50

einmaliger Komplettpreis für 50 Jahre

**EUR 3.595**

Darin enthalten sind:

#### Servicepauschale

Vertragsbearbeitung und Bereitstellung der Entnahmebox

**EUR 195<sup>2</sup>**

(Zahlung nach Zusendung der Entnahmebox)

#### Entnahme, Verarbeitung und 50 Jahre Aufbewahrung

**EUR 3.400**

(Zahlung nach Erhalt des Zertifikats)

#### Jahresgebühren für 50 Jahre im Komplettpreis enthalten

**EUR 0**

(kein Risiko für Preissteigerungen)

#### Optionales Zusatzpaket

Leistungsübersicht siehe Rückseite

**EUR 400**

(nicht im Komplettpreis enthalten)

inkl. kostenloser Option zur öffentlichen Spende

**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.

#### Sonderkonditionen<sup>3</sup>

- Treuenachlass für die 2. Aufbewahrung EUR 150, ab der 3. Aufbewahrung EUR 300
- Zwillingsgeburt EUR 1.000 Preisnachlass auf den Komplettpreis beim 2. Kind
- uniVersa-Versicherte erhalten einen Preisvorteil von bis zu EUR 500 je nach Versicherungsleistung, zzgl. EUR 100 Vorteil durch eticur)

1 Die Finanzierung wird über unseren Partner TARGOBANK angeboten. Die Entscheidung über die Finanzierung liegt allein in deren Ermessen.

2 Falls es zu keiner Entnahme/Einlagerung kommt, fällt nur die Servicepauschale in Höhe von EUR 195 an.  
Die Entnahmebox ist zurückzusenden.

3 Seitens eticur) gewährte Sonderkonditionen sind nicht untereinander kombinierbar und werden nicht rückwirkend gewährt.

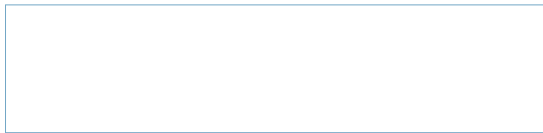


# Unsere Leistungen auf einen Blick



**Langfristige  
Aufbewahrungs-  
Sicherheit**  
im Universitätsklinikum  
Erlangen (AöR)

Beratung, Entnahme und Transport	eticur) PREMIUM	Zusatzpaket
Fachberatung durch das eticur)-Expertenteam	✓	
Beurteilung des Anamnesebogens durch Fachärzte für Transfusionsmedizin	✓	
temperaturüberwachte Spezial-Entnahmebox	✓	
Nabelschnurblutentnahme von geschultem Personal in für eticur) zertifizierten Kliniken	✓	
Eiltransport der Entnahmebox durch Spezialkurier in die Stammzellbank	✓	
Verarbeitung und Aufbewahrung	eticur) PREMIUM	Zusatzpaket
Verarbeitung der Zellen innerhalb von 48 Stunden nach der Entnahme im GMP-Labor	✓	
Separation der Stammzellen aus dem Nabelschnurblut	✓	
Aufbewahrung in der Regel in 2 Beuteln in einem Edelstahl-Kryotank (Die Menge der nach unseren Standards verarbeiteten Stammzellen ist in 99% der Fälle ausreichend für zwei Präparate)	✓	
Aufbewahrung der Kryobeutel in unterschiedlichen Tanks		✓
computergesteuerter Einfriervorgang und stromunabhängige Aufbewahrung	✓	
zugesicherte langfristige Aufbewahrung in einer Anstalt des öffentlichen Rechts (mit Gewährträgerhaftung durch den Freistaat Bayern)	✓	
persönlich unterschriebenes Zertifikat über die Aufbewahrung	✓	
Testungen im GMP Labor der Stammzellbank	eticur) PREMIUM	Zusatzpaket
Bestimmung des Blutvolumens und der darin enthaltenen Anzahl an Stammzellen	✓	
Bestimmung der Blutgruppenformel von Mutter und Kind	✓	
HLA-Typisierung erst bei Anwendung	✓	
doppelte HLA-Typisierung von Mutter und Kind zur Identitätsicherung		✓
Testung auf Vermehrbarkeit in Zellkultur (CFU)		✓
Testung auf Vitalität durch Färbung	✓	
Infektionsserologie (HIV 1/2, HCV, HBc, HBs, CMV, HTLV, Treponema Palladium)	✓	
direkter Erregernachweis (HIV-1, HBV, HCV)	✓	
direkter Erregernachweis auf Parvovirus B19		✓
Weitere Leistungen	eticur) PREMIUM	Zusatzpaket
Finanzierung bereits ab 0% eff. Jahreszins (PangV)	✓	
Im Anwendungsfall kostenloser Transport innerhalb Deutschlands	✓	
Möglichkeit der Aufnahme ins Spender-Register (kombinierte Aufbewahrung) (im Fall der Abgabe an Dritte werden die Kosten inkl. Zinsen erstattet)		✓
EUR 10.000 Kostenzuschuss bei Anwendung bis zum Alter von 18 Jahren (einmalig im Rahmen einer Krebstherapie)		✓



## 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>	Kunde
	<input type="checkbox"/> Beauftragen Sie uns: <a href="http://www.eticur.de/auftrag">www.eticur.de/auftrag</a>	Kunde
	<input type="checkbox"/> eticur) sendet Ihnen die Auftragsbestätigung.	eticur)
	<input type="checkbox"/> eticur) führt eine Aufklärung in Bezug auf die Herstellung des Arzneimittels 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.	Kunde
	<input type="checkbox"/> Übergeben Sie das beigefügte Kuvert Ihrem Gynäkologen, dieser übermittelt uns die Befunde aus dem Mutterpass.	Kunde
	<input type="checkbox"/> Begleichen Sie die <b>Anzahlungsrechnung</b> in Höhe von EUR 195 (je Kind).	Kunde
	<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.	Kunde
	<input type="checkbox"/> Am Tag der Entbindung füllen Sie das der Box beiliegende Formular „aktuelle Ergänzungen zum Anamnesefragebogen“ aus.	Kunde
	<input type="checkbox"/> Für die Testung auf Infektionsparameter werden der Mutter Blutproben entnommen.	Klinik
	<input type="checkbox"/> Nach Abnabelung des Kindes erfolgt die Nabelschnurblutentnahme durch Arzt oder 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 in die Stammzellbank des Universitätsklinikums Erlangen.	Kurier
	<input type="checkbox"/> Im Labor erfolgt die Verarbeitung, Qualitätskontrolle und Aufbewahrung der Stammzellen.	Labor
	<input type="checkbox"/> eticur) informiert Sie über mögliche Abweichungen von den Qualitätsparametern.	eticur)
	<input type="checkbox"/> Sie haben in diesem Fall die Möglichkeit über die endgültige Aufbewahrung zu entscheiden. Bei Ablehnung entfällt die Endrechnung.	Kunde
	<input type="checkbox"/> Für die Ausstellung des Zertifikates senden Sie uns eine Kopie der <b>Geburtsurkunde</b> .	Kunde
	<input type="checkbox"/> eticur) sendet Ihnen nach Abschluss der Testung und Qualitätskontrolle das <b>Zertifikat</b> und die Endrechnung.	eticur)
<input type="checkbox"/> Begleichen Sie die <b>Endrechnung</b> für die gewählte Leistung und Laufzeit.	Kunde	

### Haben Sie noch weitere Fragen?

Unsere Fachberater stehen Ihnen gerne von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr unter der **kostenfreien Hotline 0800-0-384287** zur Verfügung.