



**Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche
Frauenmilchbank**
Liebigstrasse 20a, 04103 Leipzig
Telefon: 0341 / 9726354
Telefax: 0341 / 9726479
Email: Frauenmilchbank@medizin.uni-leipzig.de

Spenderinnen- Nr.

Einwilligung zur Frauenmilchspende

Name, Vorname:
Adresse:

Patientenetikett

Telefonnummer: _____

Email: _____

Name des Kindes: _____, _____

Geburtsdatum des Kindes: ____ . ____ . ____

Wir freuen uns sehr, dass Sie durch die Abgabe Ihrer überschüssigen Milch anderen Kindern helfen möchten. Frauenmilch ist für Frühgeborene und kranke Neugeborene wertvoll, wenn die Milch der eigenen Mutter nicht zur Verfügung steht.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir Ihnen zur Gewährleistung der Qualität der Milch und zur Sicherheit für das Empfängerkind die unten aufgeführten Fragen stellen und bestimmte Blutuntersuchungen bei Ihnen vornehmen müssen. Wir sind uns bewusst, dass die Fragen Ihren sehr persönlichen Bereich betreffen. Wir versichern Ihnen, dass die im Zusammenhang mit der Frauenmilchspende erhobenen Daten dem Datenschutz und der Schweigepflicht unterliegen. Auf unserer Homepage können Sie alle Informationen zum Datenschutz nachlesen (<https://www.uniklinikum-leipzig.de/Seiten/datenschutz-informationen-fuer-patienten-uniklinikum-leipzig.aspx>).

Wir bitten Sie nun die folgenden Fragen zu beantworten:

Mutter	
Anzahl der Kinder:	Beruf:
Alter der Kinder:	
frühere FM-Spenderin: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<input type="radio"/> ich möchte gerne den Transportdienst der FMB in Anspruch nehmen	
jetziges Kind	
Geburtsdatum:	Geburtsort: <input type="radio"/> UFK <input type="radio"/> nein:
Geburtsgewicht:	Kind stationär UKL: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schwangerschaftswoche:	<input type="radio"/> Frühgeborenes
Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	

Fühlen Sie sich gesund?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie Medikamente, Hormone, Vitamine oder homöopathische Mittel ein oder? falls ja, welche:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie jemals Bluttransfusionen (rote Blutkörperchen) erhalten? Falls ja, wann und in welchem Land?	<input type="radio"/> ja;	<input type="radio"/> nein
Wurden Sie jemals mit Wachstumshormon behandelt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie oder wenden Sie andere nikotinhaltige Produkte an (z.B. Nikotinpflaster)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Trinken Sie Alkohol? Falls ja, was, wie oft und wie viel:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Trinken Sie koffeinhaltige Getränke (Kaffee, Schwarztee etc.)? Falls ja, wie viele Tassen/d:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ernähren Sie sich vegan? • mit Substitution von z.B. Vitamin B12? Ernähren Sie sich vegetarisch?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein
Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Autoimmunerkrankungen, Leberentzündung etc.)? Falls ja, welche:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Waren oder sind Sie an Hepatitis B oder Hepatitis C erkrankt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Waren Sie jemals an Tuberkulose erkrankt oder hatten Sie Kontakt zu Personen, die an Tuberkulose erkrankt waren?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an Herpes? Falls ja, welche Körperstelle?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gibt es in Ihrer Familie Personen, die an der Creutzfeld-Jacob-Krankheit leiden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie jemals ein Hornhaut-, Hirnhaut- oder andere Transplantate erhalten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Medikamente aus Blutplasma (z.B. Immunglobuline, Blutgerinnungsfaktoren) erhalten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft (z.B. Röteln, Masern, Mumps, Windpocken)? Falls ja, welche:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Waren Sie in den letzten 6 Monaten in einem tropischen Land? Falls ja, wo:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren oder piercen lassen oder sich einem Permanent Make-up unterzogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie oder Ihr Partner Drogen oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen konsumiert? z.B. Cannabis, Metamphetamin (Crystal Meth), Heroin, Kokain	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten Sie jemals gewerbsmäßig sexuelle Kontakte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein



Bitte bestätigen Sie die folgenden Aussagen noch einmal durch Ankreuzen:

Ich bin einverstanden, meine überschüssige Milch der Frauenmilchbank zur Verfügung zu stellen. Ihr Name und Ihre Daten werden den Empfängern nicht weitergegeben, ihre Frauenmilchspende ist für die Empfänger sozusagen anonym.

Ihre Daten, die Untersuchungsergebnisse aus den Blutuntersuchungen und den mikrobiologischen Untersuchungen der Milchportionen und der Bogen zur Einwilligung in die Frauenmilchspende werden wie Krankenhausunterlagen nach der Spende 30 Jahre lang aufbewahrt. Die Vorgaben der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes werden dabei strikt eingehalten.

Ich habe vom Merkblatt für Frauenmilchspenderinnen Kenntnis genommen.

Ich bin darüber informiert welche Blutuntersuchungen bei mir vor Beginn der Frauenmilchspende erforderlich sind und einverstanden, dass diese bei mir vorgenommen werden.

Ich bin darüber informiert und einverstanden, dass meine Milch bakteriologisch untersucht wird.

Falls sich an den von mir oben gegebenen Angaben etwas ändert oder ich eine akute Erkrankung oder Infektion bekomme, werde ich das Personal der Frauenmilchbank darüber informieren.

Ich bestätige hiermit, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gespendete Frauenmilch, die aufgrund von zu hoher Bakterienbelastung nicht zur Ernährung verwendet werden kann für wissenschaftliche Forschung in verschlüsselter (pseudonymisiert) Form verwendet werden darf.

Wir sind Ihnen sehr dankbar, dass wir Ihre gespendete Muttermilch für andere Kinder verwenden dürfen.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift der Spenderin

Das Aufklärungsgespräch ist erfolgt durch:

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift