

## Einwilligung zur Frauenmilchspende

Nachname: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Mobiltelefon: .....

E-Mail: .....

Name des Kindes: ..... Stationär: .....

Geburtsdatum des Kindes: ..... Gestationsalter des Kindes: .....

Wir danken Ihnen sehr, dass wir Ihre gespendete Muttermilch für kranke Kinder verwenden dürfen. Bitte haben Sie Verständnis, dass im Voraus verschiedene medizinische Abklärungen notwendig sind. Die Daten werden vertraulich behandelt und ausschliesslich zum Zwecke des Betriebes der Frauenmilchbank verwendet.

### Bitte beantworten Sie folgende Fragen

Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft. Wenn Sie mit einer Antwort unsicher sind, markieren Sie sich die entsprechende Frage. Wir werden diese gemeinsam mit Ihnen besprechen.

---

Ich habe das Merkblatt für interessierte Milchspenderinnen gründlich gelesen und verstanden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ich bin unsicher	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	---	-------------------------------

---

Fühlen Sie sich generell gesund?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
----------------------------------	-----------------------------	--	-------------------------------

---

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	--	-------------------------------

Wenn ja, an welcher? .....

---

Waren Sie jemals an einer Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht) erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	--	-------------------------------

---

Haben Sie je an einer schweren Infektionserkrankung gelitten (z.B. Tuberkulose)?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	--	-------------------------------

Wenn ja, an welcher? .....

---

Haben Sie seit der Geburt Medikamente eingenommen oder gespritzt bekommen?  ja  nein

Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum?.....

.....

Haben Sie seit der Geburt Vitaminpräparate oder pflanzliche oder naturheilkundliche Präparate eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum?.....

.....

Ernähren Sie sich vegetarisch?  ja  nein

Wenn ja: Nehmen Sie Ei oder Eiprodukte zu sich?  wöchentl. mehrmals  selten  nein

Nehmen Sie Milch oder Milchprodukte zu sich?  wöchentl. mehrmals  selten  nein

Ernähren Sie sich vegan?  ja  nein

Fragen zum Thema Rauchen und Nikotinkonsum?

Benützen Sie Nikotinersatz (z.B. Pflaster oder Kaugummi)?  ja  Nein

Rauchen Sie?  ja  gelegentlich  nein

Raucht jemand anderes im Haushalt?  ja  gelegentlich  nein

Trinken Sie Alkohol?  ja  gelegentlich  nein

Trinken Sie täglich mehr als 3 Tassen koffeinhaltiger Getränke (z.B. Kaffee) oder mehr als 3 Energy Drinks  ja  Nein

Haben Sie oder Ihr Partner je Drogen zu sich genommen, geraucht oder gespritzt? – z. B. Cannabis (Haschisch, Marihuana), Metamphetamin (Crystal Meth), MDMA (Ecstasy), Heroin, Kokain, Crack

Sie selber  ja  vor mehreren Jahren  Nein

Ihr Partner  ja  vor mehreren Jahren  Nein

---

Wurde Ihnen je mitgeteilt, dass Sie kein Blut spenden dürften?  ja  nein

---

Haben Sie je eine Bluttransfusion erhalten (z. B. rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Blutplasma)?  ja  nein

Wenn ja, wann ungefähr und in welchem Land? .....

---

Trifft eine der folgenden Aussagen zu?  ja  nein

Sie hatten eine Transplantation.

Sie haben je eine Therapie mit Wachstumshormon erhalten?

In Ihrer Familie ist ein Fall von Creutzfeld-Jakob-Erkrankung bekannt.

---

Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft (z. B. gegen Röteln oder Grippe)?  ja  nein

Wenn ja, wann und gegen welche Erkrankung? .....

---

Trifft eine der folgenden Aussagen zu?  ja  nein

Akupunktur  im Spital, beim Arzt oder bei der Ärztin

woanders .....

Tattoo, Piercing oder Body Modification

---

Haben Sie je länger als 6 Monate ausserhalb der Schweiz gelebt?  Ja  nein

Wenn ja, Länder? .....

---

### **Untersuchungen auf infektiöse Krankheiten**

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Blut auf folgende Krankheiten oder Erreger untersucht wird: Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und Lues. Im Ausnahmefall können auch andere Erreger hinzukommen. Darüber werden wir Sie separat informieren.  
Bei positiven Laborbefunden werden Sie vom Arzt oder von der Ärztin informiert.

### **Wir bitten Sie, folgende Feststellungen mittels Kreuz zu bestätigen**

- Ich bin damit einverstanden, meine überschüssige Milch der Frauenmilchbank zur Verfügung zu stellen.
- Ich bin darüber informiert, welche Blutuntersuchungen zur Abklärung als Milchspenderin erforderlich sind und bin damit einverstanden, dass diese bei mir vorgenommen werden.
- Ich bin darüber informiert, dass meine Milch im Falle der Milchspende bakteriologisch untersucht wird. Falls die Bakterienzahlen die Grenzwerte überschreiten, werde ich darüber informiert, und es werden mögliche Hygienemassnahmen mit mir besprochen.
- Falls sich an den oben eingefügten Antworten etwas ändert oder ich eine akute Erkrankung oder Infektion bekommen sollte, werde ich eine für die Milchspende oder für mein Kind zuständige Fachperson darüber informieren.

### **Einwilligung zur Milchspende und Bestätigung des Aufklärungsgesprächs durch die Spenderin**

- Ich bestätige hiermit, alle Fragen wahrheitsgetreu und gewissenhaft beantwortet zu haben. Ich konnte alle Fragen, die ich in Zusammenhang mit meiner Milchspende hatte, in einem persönlichen Gespräch mit der zuständigen Fachperson klären.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

*Diese Seite wird erst im Gespräch mit der zuständigen Fachperson gemeinsam ausgefüllt!*

---

**Im Aufklärungsgespräch zusätzlich besprochene Themen, Spezifizierungen zu den Antworten der Spenderin**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Aufklärungsgespräch erfolgt durch**

Name/Titel: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

*Diese Seite wird vom verantwortlichen Arzt oder der verantwortlichen Ärztin ausgefüllt!*

## Ärztliche Beurteilung der Laborresultate

HIV-1/2	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
Lues	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv

Die Untersuchungen auf HIV, Hepatitis B und C sind erfolgt am .....

und sind zu wiederholen am: .....

Die Frauenmilch dieser Spenderin ist geeignet:  ja  nein

Die Spenderin wurde über die Abklärungsergebnisse in Kenntnis gesetzt.  ja  nein

Datum:..... Unterschrift Facharzt Neonatologie: .....

### Frauenmilchbank

Die für das eigene Kind nicht benötigte Muttermilch der Spenderin wird in die Frauenmilchbank aufgenommen und erhält eine Identitätsnummer (ID).

ID-NR.

