

## **Informationsblatt für Nabelschnurblutspendenderinnen** **Öffentliche Nabelschnurblutbank Schweiz**

Seit längerer Zeit ist bekannt, dass sich im Nabelschnurblut Neugeborener relativ viele Blutstammzellen befinden. Der Wert einer Nabelschnurblutspende in einer öffentlichen Bank ist hoch, da eine solche Spende weltweit allen Patienten mit lebensbedrohlichen Blutkrankheiten zur Verfügung steht. Das Nabelschnurblut kann (nach Geburt und Abnabelung) ohne Risiko für Mutter und Kind gewonnen werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Blutstammzellen aus Nabelschnurblut durch Tiefkühlkonservierung fast unbegrenzt gelagert werden können. So steht das Nabelschnurblut schnell zur Verfügung.

### **Massnahmen zur Vermeidung von Schäden beim Empfänger des Nabelschnurblutes**

#### **1. Risikosituationen**

Ein Risiko ist die Übertragung einer Infektionskrankheit, die möglicherweise im Nabelschnurblut Ihres Kindes vorhanden ist, ohne dass Sie krank sind oder sich krank fühlen. Auch hier versuchen wir das Risiko anhand Ihrer Antworten auf dem Medizinischen Fragebogen abzuschätzen.

#### **Folgende Situationen stellen einen definitiven Ausschlussgrund für die Nabelschnurblutspende dar**

1. Positiver Test für HIV, Syphilis, Hepatitis C und nicht ausgeheilte Hepatitis B, chronische Hepatitisträger
2. Sexuelle Kontakte\* unter Männern seit 1977, die den Partner der Gebärenden betreffen
3. Gewerbsmässige sexuelle Kontakte\* seit 1977
4. Injektion von Drogen (früher oder gegenwärtig)
5. Fertilisation, Leihmutterchaft

#### **Folgende Situationen stellen u.a. einen vorübergehenden Rückweisungsgrund für die Nabelschnurblutspende dar**

6. Malariaanfall, falls positive Labortests (IF oder Elisa)
7. Sexuelle Kontakte\* mit neuem Partner in den letzten 4 Monaten
8. Sexuelle Kontakte\* mit wechselnden Partnern in den letzten 12 Monaten
9. Aufenthalt in Ländern mit erhöhter Aidsrate in den letzten 12 Monaten während mindestens 6 Monaten
10. Sexuelle Kontakte\* in den letzten 12 Monaten mit Partnern mit einem Risiko wie unter Punkt 1 bis 4 resp. 7 – 9 erwähnt
11. Sexuelle Kontakte\* in den letzten 12 Monaten mit Partnern, die in Ländern mit erhöhter Aidsrate Blut resp. Blutprodukte erhalten haben

\*Geschützte oder nicht geschützte

#### **2. Laboruntersuchungen**

Bei jeder Spende wird das mütterliche Blut auf das Vorhandensein des HI-Virus (AIDS), der Hepatitis B- und C-Viren (Gelbsucht) sowie des Syphilis-Erregers untersucht. Wenn Untersuchungsergebnisse auf eine Krankheit hinweisen, werden Sie unverzüglich informiert und das Nabelschnurblut wird nicht verwendet. Ein Problem ist die Tatsache, dass in der ersten Zeit nach einer Ansteckung die Labortests noch unauffällig sein können. Wenn Sie in diesem Zeitfenster Nabelschnurblut ihres Babys spenden, wäre es möglich, dass eine Infektionskrankheit auf den Empfänger des Nabelschnurblutes übertragen wird, ohne dass die Nabelschnurblutbank dies erkennen und verhindern kann. Deshalb ist das wahrheitsgetreue Beantworten des Fragebogens von grösster Bedeutung.

#### **3. Bitte informieren Sie möglichst rasch Ihren behandelnden Gynäkologen/Frauenklinik, falls:**

- Sie oder eine Ihrer engen Kontaktpersonen in den nächsten Tagen oder kurz nach der Geburt erkranken
- es Ihnen nachträglich bewusst wird, dass Sie eine Frage nicht richtig beantwortet haben

Die im Rahmen der Nabelschnurblutspende erhobenen Daten unterliegen dem Arztgeheimnis.

Name: DOK_121_Cord_Blood_Information_D.docx		Version: 3	Datum: 26.05.2014
Owner: gni	Geschäfts-/Teilprozess: 2_1_1	Vorschriften: Ja	WMDA: Ja
			Seite: 1 von 1

## Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung Öffentliche Nabelschnurblutbank Schweiz

Sie haben gerade das **Informationsblatt für Nabelschnurblutspenderinnen** gelesen und Sie möchten gerne Nabelschnurblut spenden. Wir danken Ihnen, dass Sie die folgenden Fragen wahrheitsgetreu beantworten, indem Sie die erforderlichen Kästchen ankreuzen. Damit tragen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit und zur Sicherheit der Patienten bei, die das Nabelschnurblut Ihres Babys erhalten.

### A. ANGABEN ZUR KINDSMUTTER

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ / Wohnort</b>	
<b>Telefon / E-Mail</b>	

### B. INFORMATIONEN ÜBER DIE ETHNISCHE ZUGEHÖRIGKEIT DER ELTERN

Welcher ethnischen Gruppe gehören Sie an? Bitte gemäss beiliegender Liste ausfüllen.

Kind.....

Kindsmutter.....

Kindsvater.....

### C. FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEIT

		Ja	Nein	Visa
<b>1.</b>	a) Wurden Sie und/oder der Vater des Babys in der frühen Kindheit adoptiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Ist diese Schwangerschaft durch Verwendung von Spender-Eizellen, Spender-Samen oder als Leihmutterchaft entstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.</b>	Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank, haben Sie eine ärztliche Behandlung erhalten oder eine Körpertemperatur von über 38 °C (oder 100 °F) gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.</b>	a) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente verwendet (z. B.: Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen Roaccutan® (Akne) oder Propecia® (Kahlwuchs) angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie in den letzten 3 Jahren Neotigason® / Soriatane® (Schuppenflechte) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4.</b>	a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie (Plasma, Zellen oder Serum menschlichen oder tierischen Ursprungs) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Tollwut, Hepatitis B oder Starrkrampf geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? Welche? .....Wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein	Visa
<p>5. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen?</p> <p>Wenn ja, bitte S. 5, unter E präzisieren</p> <p style="text-align: right;">Kindsmutter      Kindsvater</p> <p>a) Herzkreislauf <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>b) Atemwegs-, Lungenerkrankungen <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>c) Magen, Darm <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>d) Harnwege/Nieren/Geschlechtsorgane <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>e) Nervensystem <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>f) Immunsystem <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>g) Infektionskrankheiten <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>h) bösartige Bluterkrankung, bitte genau angeben (s. Frage 17) .....</p> <p>i) Krebs, bitte genau angeben (s. Frage 17)..... .....</p> <p>j) sonstige (z.B. Diabetes), bitte genau angeben .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>6. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten:</p> <p><input type="checkbox"/> eine Krankheit?      <input type="checkbox"/> einen Unfall?      <input type="checkbox"/> eine Operation?</p> <p>Falls ja, bitte genau angeben .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>7. a) Wurde Ihnen jemals menschliches oder tierisches Gewebe übertragen?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>b) Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark durchgeführt?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>c) Haben Sie vor 1.1.1986 Wachstumshormone erhalten?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>d) Ist bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung nachgewiesen worden oder besteht ein Verdacht darauf?</p> <p style="text-align: right;">Kindsmutter Kindsvater</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>e) Waren Sie zwischen dem 01.01.1980 und 01.01.1996 für insgesamt 6 Monate oder länger im Vereinigten Königreich (UK) (England, Wales, Schottland, Nordirland, Isle of Man, Kanalinseln, Gibraltar, Falklandinseln)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>f) Haben Sie seit dem 1.1.1980 eine Bluttransfusion erhalten?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>8. Waren Sie in den letzten 6 Monaten ausserhalb Europas? Falls ja, wo? .....</p> <p>Seit wann sind Sie zurück? .....</p> <p>Hatten Sie dort oder seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen (z. B. Fieber)?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>9. a) Sind Sie jemals an einer Malaria erkrankt? Wenn ja, bitte S. 5, unter E präzisieren</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>b) Sind Sie in einem Malariagebiet geboren/aufgewachsen oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>10. Erkranken Sie jemals an:</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose?      <input type="checkbox"/> Borreliose?      <input type="checkbox"/> Brucellose?      <input type="checkbox"/> Osteomyelitis?  <input type="checkbox"/> Q-Fieber?      <input type="checkbox"/> Toxoplasmose?      <input type="checkbox"/> Babesiose?      <input type="checkbox"/> Chagas?  <input type="checkbox"/> Leishmaniose?</p> <p>Falls ja, wann? .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>11. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten:</p> <p><input type="checkbox"/> Tätowierung?      <input type="checkbox"/> Magen-, Darmspiegelung?      <input type="checkbox"/> Akupunktur?  <input type="checkbox"/> elektrische Haarentfernung?      <input type="checkbox"/> permanent Make-up?  <input type="checkbox"/> Piercing?      <input type="checkbox"/> Nadelstichverletzung?</p> <p>Falls ja, wann? .....</p> <p>Sterile Instrumente      <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein	Visa
12. a) Haben Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht oder einen positiven Hepatitis-Test gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Ist Ihr Lebens-, Sexual oder Wohnpartner in den letzten 12 Monaten an einer Gelbsucht erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen für Sie zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Wechsel der Sexualpartnerschaft in den letzten 4 Monaten oder sexuelle Kontakte (geschützte oder nicht geschützte) mit wechselnden Partnern in den letzten 12 Monaten			
b) Aufenthalt in Ländern mit erhöhter AIDS-Rate in den letzten 12 Monaten während mindestens 6 Monaten			
c) Hatte Ihr Partner seit 1977 sexuelle Kontakte mit Männern?			
d) Gewerbmässige sexuelle Kontakte seit 1977			
e) Injektion von Drogen, früher oder gegenwärtig			
f) Positiver Test für HIV, für Syphilis oder für Gelbsucht (Hepatitis B oder C)?			
14. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit Partnern gehabt, die sich einer Risikosituation wie in Frage 13 ausgesetzt haben, oder die in AIDS-Risikoländern Bluttransfusionen erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Anzeichen von Chlamydien, Genitalherpes, Syphilis oder eine andere sexuell übertragbare Erkrankung, oder wurden Sie hierfür behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Haben Sie vor dem 1.1.1986 Hormonspritzen zur Behebung von Unfruchtbarkeit erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen? Wenn ja, geben Sie bitte genau den Verwandtschaftsgrad an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Erkrankungen der roten Blutkörperchen (z. B. Thalassämie, Sichelzellanämie u. a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
b) Erkrankungen der weissen Blutkörperchen <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
c) Blutplättchenkrankheiten (z.B. Essentielle Thrombozytose, Thrombozytopenie u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
d) Stoffwechselkrankheiten / Speicherkrankheiten (z.B. Tay-Sachs, Fabry's, Gaucher, Niemann-Pick, Diabetes u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
e) Immunschwächekrankheiten <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
f) Erworbene / angeborene Autoimmunerkrankungen (z.B. Lupus, M. Basedow u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
g) Bösartige Bluterkrankungen (z.B. Leukämie, Multiples Myelom, Myelodysplastisches Syndrom u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
h) Sonstige Krebsarten, einschliesslich Mehrfachtumore <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			
i) Angeborene Blutungsstörungen (z.B. Hämophilie, von Willebrand Krankheit u.a.) <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Kindsmutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Grosseltern			



Platzhalter für Klebeetikette

#### D. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgende Punkte:

- Ich habe die Informationen über die öffentliche Nabelschnurblutspende in der Schweiz erhalten und alle meine Fragen wurden zu meiner vollen Zufriedenheit beantwortet.
- Ich bestätige mit der Unterzeichnung des Einverständnisformulars, dass ich alle in dem Informationsblatt enthaltenen Informationen gelesen und verstanden habe und dass ich alle notwendigen Erklärungen erhalten habe. Ich weiss, dass ich bis zur Geburt meines Babys das Recht habe, meine Einwilligung zur Nabelschnurblut-Spende zurückzunehmen.
- Ich bestätige, dass meine persönlichen Daten korrekt sind und dass ich den Fragebogen nach bestem Wissen beantwortet habe.
- Ich weiss, dass mein Blut und das Nabelschnurblut meines Babys mittels molekularbiologischer Tests untersucht werden, um eine eventuelle Übertragung einer Krankheit auf den Patienten auszuschliessen. Ich weiss, dass eine Probe meines Blutes und des Nabelschnurblutes meines Babys für mögliche Kontrollen aufbewahrt werden. Ich bin damit einverstanden, über die Ergebnisse informiert zu werden.
- Ich stimme zu, dass ich durch die freiwillige Spende des Nabelschnurblutes meines Babys das Eigentum der gespendeten Nabelschnurbluteinheit auf die Direktoren der Nabelschnurblutbank übertrage. Dieses Nabelschnurblut kann für die Behandlung von Krankheiten bei nicht verwandten Patienten verwendet werden, für die eine Blutstammzelltransplantation erforderlich ist.
- Ich bin damit einverstanden, der Geburtsklinik alle relevanten Veränderungen meiner Gesundheit mitzuteilen, die Auswirkungen auf die Eignung zur Nabelschnurblut-Spende haben.
- Ich erlaube der Geburtsklinik und den betreuenden Kinderärzten, jetzt und in der Zukunft relevante Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen, die mich oder mein Baby betreffen und die sich auf die Qualität und Sicherheit des gelagerten Nabelschnurblutes auswirken könnten, um im Risikofall zu vermeiden, dass das Produkt einem möglichen Empfänger gegeben wird.
- Nach erfolgter Aufklärung gebe ich der Geburtsklinik hiermit meine Einwilligung zur Entnahme von Nabelschnurblut bei der Geburt meines Babys.
- Ich weiss, dass diese Informationen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und dass die entsprechenden Daten ausschliesslich von der Nabelschnurblutbank genutzt werden.

#### Mutter:

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

Datum:..... Unterschrift:.....

#### Vater (fakultativ):

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

Datum:..... Unterschrift:.....

Name: FOR_303_CB_Medical_Questionnaire_Informed_Consent_D.dotx		Version: 3	Datum: 26.05.2014
Owner: gni	Geschäfts-/Teilprozess: 2_1_1	Vorschriften: Ja	WMDA: Nein
			Seite: 4 von 5



Platzhalter für Klebeetikette

## Überprüfung des Fragebogens durch das Fachpersonal

### E. VON DER GEBURTSABTEILUNG AUSZUFÜLLEN:

Bemerkungen zu Abschnitt C „Fragebogen zur Gesundheit“:

Frage ..... : .....

Frage ..... : .....

Frage ..... : .....

Fragebogen von der Geburtsabteilung geprüft: Datum:..... Sichtvermerk:.....

Geburtsklinik (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Basel:  Liestal:  Bern:  Genf:  Tessin:

Nachdem ich den medizinischen Fragebogen und die Krankengeschichte der schwangeren Patientin überprüft habe, bestätige ich hiermit, dass es keine körperlichen Anzeichen gibt, die derzeit auf ein HOHES RISIKOVERHALTEN in der Gegenwart oder Vergangenheit für übertragbare Infektionskrankheiten (HIV, HTLV, Hepatitis B oder C und sexuell übertragbare Erkrankungen) hinweisen, und dass alle Antworten in dem medizinischen Fragebogen nach meinem besten Wissen korrekt sind. Entsprechend den Antworten bestätige ich, dass diese Spenderin in der Lage ist, das Nabelschnurblut ihres Babys bei der Geburt an die *Öffentliche Nabelschnurblutbank Schweiz* zu spenden. Für den Fall, dass sich neue Gesundheitsinformationen ergeben, die sich auf diese Spende auswirken könnten, versichere ich, diese Informationen der *Öffentlichen Nabelschnurblutbank Schweiz* zur Verfügung zu stellen.

Name des Arztes:..... Vorname:.....

Datum: ..... Unterschrift des Arztes:.....

### F. VON DER NABELSCHNURBLUTBANK ODER DEM BLUTSPENDEDIENST AUSZUFÜLLEN

Fragebogen geprüft und bestätigt von:

Nabelschnurblutbank  Regionaler Blutspendedienst SRK

Name: ..... Vorname:.....

Datum: ..... Unterschrift: .....

### G. VON DER NABELSCHNURBLUTBANK AUSZUFÜLLEN:

Nabelschnurblutbank (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Basel  Genf

Die Kriterien zur Spende von Nabelschnurblut sind erfüllt:

Ja  Nein

Name: ..... Vorname:.....

Datum: ..... Unterschrift: .....



## Fragebogen zur Risikobeurteilung einer Zika Virus Infektion bei Spenderinnen von Nabelschnurblut

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Entnahmedatum</b>	
<b>Entnahmezentrum</b>	
<b>Cord Blood Bank</b>	Basel <input type="checkbox"/> Geneva <input type="checkbox"/>

**Zweck:** Informationen sammeln betreffend einer möglichen Zika Virus Infektion im Hinblick auf die Beurteilung der Spendetauglichkeit

SBSC verlangt aufgrund internationaler Empfehlungen, dass allen Spenderinnen, die **ab dem 29.März 2016** Nabelschnurblut spenden, die nachfolgenden Fragen gestellt werden.

Bitte bei Antwort "Ja" oder "Nicht gefragt/ Nicht beantwortet", unten einen Kommentar hinzufügen.

1. Wurde bei Ihnen während der Schwangerschaft eine Zika Virus Infektion diagnostiziert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht gefragt / Nicht beantwortet <input type="checkbox"/>
2. Sind Sie während Ihrer Schwangerschaft in ein <b>Risikogebiet*</b> für Zika Virus gereist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht gefragt / Nicht beantwortet <input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie während Ihrer Schwangerschaft sexuellen Kontakt mit einem Mann, der			
a. in den 6 Monaten vor dem sexuellen Kontakt mit einer Zika Virus Infektion diagnostiziert wurde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht gefragt / Nicht beantwortet <input type="checkbox"/>
b. in den 6 Monaten vor dem sexuellen Kontakt in ein <b>Risikogebiet*</b> für Zika Virus gereist ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht gefragt / Nicht beantwortet <input type="checkbox"/>

**\*Risikogebiet:** Unter folgendem Link finden Sie die Gebiete, in denen sich das Zika Virus ausbreitet:

<http://www.cdc.gov/zika/geo/index.html>

Das CDC (Center for Disease Control and Prevention) aktualisiert regelmässig die Informationen zum aktuellen Stand des Zika Virus Ausbruches in den Risikogebieten.

Kommentar:

**Ausgefüllt durch:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_