

Selbstauskunft zur Eignung für die Frauenmilchspende

Pflichtangaben:

Name: _____
 Email-Adresse: _____
 Telefonnummer: _____
 Erreichbarkeitszeiten: _____
 Geburtstag: _____
 Gravida _____ / Para _____
 Geburtsdatum des Kindes: _____
 Geschlecht des Kindes: o männlich o weiblich
 SSW des Kindes: _____

Grundsätzliche Fragen	ja	nein
Haben Sie genug Milch für Ihr eigenes Kind? <i>Hinweis: Die Milchbildung hat sich erst ca. 8 Wochen nach Geburt reguliert.</i>		
Ist Ihr Kind zwischen 14 Tagen und 12 Monaten alt?		
Sind Sie gesund, rauchen nicht und haben in den letzten 6 Monaten kein Piercing/Tattoo/Permanent Make-Up bekommen?		
Leiden Sie unter einer Mastitis, Bläschen/Wunden an der Brust/Brustwarze?		
Konsumieren Sie regelmäßig Tabak, nikotinhaltige Substanzen oder Alkohol?		
Haben Sie in den letzten 4 Monaten Blut oder Blutprodukte erhalten?		
Leiden Sie an einer übertragbaren Infektionskrankheit (Hepatitis B und C, HIV/AIDS, Syphilis, Toxoplasmose und Zytomegalie)?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:		
Falls bereits Milch abgepumpt wurde:		
Wurde die Milch unter hygienischen Bedingungen gewonnen? • Händehygiene, 1x tgl. thermische Desinfektion des Pumpsets		
• Ist die Milch in Flaschen bei <-18°C eingefroren?		
• Wurde abgepumpte Milch sofort gekühlt (4-5°C) und innerhalb von 24h eingefroren?		
• Ein Pooling (=Sammeln in derselben Flasche) einzelner Muttermilch-Portionen ist ausschließlich in den ersten 24 Stunden erfolgt? (nur flüssig auf flüssig, nicht flüssig auf eingefroren)		
• Gibt es gesammelte Milch aus Zeiträumen, in denen Sie unter einer Infektion, Fieber, Magen-Darm-Erkrankungen, etc. gelitten haben?		

Bitte beantworten Sie diese Fragen und senden sie uns eingescannt oder als Email-Antwort zurück an:

frauenmilchspende@diak-klinikum.de

Wir nehmen dann zeitnah Kontakt mit Ihnen auf.