Helios Ambulant

Lungen- und Allergiezentrum Bonn

Allergologisch-Immunologisches Labor

THERAPIEINFORMATIONSBLATT SCIT

Patienteninformation zur subkutanen spezifischen Immuntherapie (Hyposensibilisierung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
eine Allergie kann in vielen Fällen durch regelmäßige Injektionen des für Ihre Krankheit bzw. die Krankheit Ihres Kindes verantwortlichen Allergens – beispielsweise Pollen, Hausstaubmilben, Wespen- oder Bienengift – ursächlich behandelt werden. Das Allergen wird hierbei bei Ihnen bzw. Ihrem Kind in steigender Konzentration und Menge bis zu einer bestimmten Höchstdosis unter die Haut des Oberarmes gespritzt. Die Behandlung wird empfohlen, wenn Allergene nicht ausreichend gemieden werden können und eine Behandlung mit Medikamenten unbefriedigend war. Die allgemeine Überempfindlichkeit und Infektanfälligkeit der Schleimhäute wird oft zusätzlich günstig beeinflusst. Alternativ könnte die Applikationsform der Allergengabe variiert werden (statt Injektion unter die Haut am Oberarm eine Gabe des Allergens unter die Zunge), wenn geeignete Allergenpräparate vorhanden sind und Ihre individuellen Besonderheiten dies zulassen. Die Therapie verlangt insgesamt ein hohes Maß an Mitarbeit und Zuverlässigkeit. Ihre Mitarbeit ist enorm wichtig für den Erfolg und die Sicherheit der Therapie!

Damit die Behandlung bei Ihnen bzw. Ihrem Kind Erfolg hat, beachten Sie bitte folgende Punkte:
1. Bitte geben Sie die Medikamente an, die Sie bzw. Ihr Kind regelmäßig, gelegentlich oder neuerdings einnehmen. Dies gilt auch für Medikamente, die sie nur einmalig in zeitlichem Zusammenhang mit einer Hyposensibilisierungs-Spritze einnehmen. Einige wenige Medikamente können die Hyposensibilisierung ungünstig beeinflussen.
2. Kommen Sie regelmäßig zu den von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt angegebenen Terminen zur Behandlung, Kinder bis zum 12. Lebensjahr mit einem sie begleitenden Erwachsenen (Mutter, Vater etc.). Wenn die Kinder älter als 12 Jahre sind und allein zur Hyposensibilisierung gehen sollen, erklären Sie als Eltern durch Ihre u.g. Unterschrift ihre Erlaubnis hinzu.
3. Berichten Sie bitte vor jeder neuen Hyposensibilisierung zu folgenden Fragen: - Wie haben Sie bzw. Ihr Kind die letzte Injektion vertragen? Sind beispielsweise Schwellungen der Haut oder Schleimhäute, Schnupfen, Niesreiz, Hautausschlag, Juckreiz, Kreislaufprobleme, Übelkeit, Schwindel, Husten, Atemnot aufgetreten? - Leiden Sie bzw. Ihr Kind momentan an einem Infekt, Atemnot, Husten oder Schupfen? - Haben sich Ihre Medikamente bzw. die Medikamente Ihres Kindes geändert? Informieren Sie Ihren Arzt unbedingt über die Einnahme neuer/zusätzlicher Medikamente, insbesondere von blutdrucksenkenden Mitteln (Beta-Blocker und ACE-Hemmer). - Haben Sie bzw. Ihr Kind eine Impfung erhalten oder planen Sie diese? - Ist eine bisher bei Ihnen bzw. Ihrem Kind unbekannte Erkrankung neu aufgetreten? - Ist eine Schwangerschaft eingetreten?
4. Nach der Behandlung müssen Sie sich unbedingt 30 Minuten in den von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt angewiesenen Räumlichkeiten aufhalten, Kinder unter 12 Jahren wie oben beschrieben in Begleitung eines Erwachsenen. Folgende Nebenwirkungen können auftreten: am häufigsten Schwellungen, Rötungen und Juckreiz an der Injektionsstelle, sehr selten Schnupfen, Niesreiz, Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufbeschwerden, Magen-Darm-Beschwerden und äußerst selten allergische Schockreaktionen. Melden Sie sich daher sofort bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wenn Sie die o.g. Symptome, beispielsweise in Form von Unwohlsein, Juckreiz, Hautausschlag, Nießen, Naselaufen, Atemnot, Husten, Schwindel, Herzklopfen oder andere Beschwerden bemerken.

Helios Lungen- und Allergiezentrum Bonn
Weberstraße 118
53113 Bonn

Telefon 0228 213071 (Praxis)
Telefax 0228 219124

Lunge-Allergie-Bonn@helios-gesundheit.de

Bankverbindungen
Commerzbank
IBAN: DE06 2594 0033 0230 7163 00
BIC COBADEFFXXX

Träger
Helios MVZ Bonn GmbH;
Amtsgericht Bonn,
HRB 16730

www.helios-gesundheit.de/ambulant/bonn-lungen-allergiezentrum

Geschäftsführung
Rungfa Saligmann,
Rüdiger Schilling

Ärztliche Leitung
Dr. Marcus Joest

5. Ab 30 Minuten nach der Hyposensibilisierung kommen Nebenwirkungen nur noch sehr selten vor, sind jedoch nicht ausgeschlossen. Treten im weiteren Verlauf stärkere Beschwerden wie beispielsweise Atemnot, Hautausschlag oder Schwindel, Kreislaufbeschwerden, Herzrasen, Übelkeit/Erbrechen auf, so kontaktieren Sie sofort Ihre behandelnde Ärztin/Ihren Arzt oder suchen Sie umgehend den nächsten erreichbaren Arzt oder das nächste Krankenhaus auf. Häufiger können solche Nebenwirkungen durch Saunabesuch, heißes Duschen, starke körperliche Anstrengungen und alkoholische Getränke ausgelöst werden. Gelegentlich können Sie aber so müde werden, dass Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist.
6. Vermeiden Sie während der gesamten Hyposensibilisierung, vor allem aber unmittelbar vor und nach der Spritze, den Kontakt mit den Ihre Allergie verursachenden Stoffen! Ihr Arzt wird Sie hierzu beraten.
7. Vermeiden Sie starke körperliche Anstrengungen/Sport kurz vor und am gleichen Tag nach der Injektion.
8. Ein Behandlungserfolg stellt sich erst bei regelmäßigen Therapie-Terminen ein, wie sie mit dem Arzt vereinbart sind. Nehmen Sie daher die vereinbarten Termine wahr bzw. informieren Ihren Arzt ausreichend frühzeitig, wenn Sie absehen können, dass Ihnen ein Termin nicht möglich sein wird.
9. Bitte beachten Sie diese Hinweise, damit die Behandlung möglichst erfolgreich ohne Nebenwirkungen abläuft!
Die obigen Ausführungen ersetzten nicht das Studium des Beipackzettels und können nur als zusätzliche Information dienen. Weitere wichtige Informationen erfahren Sie durch Ihre Ärztin oder Ihren Arzt im Rahmen eines Aufklärungsgespräches vor Behandlungsbeginn.

Weitere ärztliche Anmerkungen (z. B. individuelle Risiken):

Einverständniserklärung zur subkutanen spezifischen Immuntherapie

Ich habe die Information zu meiner allergischen Erkrankung und über die Möglichkeiten der Behandlung durchgelesen und verstanden. Ich bin über die geplante Immuntherapie von meinem Arzt aufgeklärt worden und bin mit der geplanten Therapieform und dem ausgewählten Präparat einverstanden. Meine Fragen zu dieser Behandlung sind beantwortet. Ich wurde von meinem Arzt über eventuell auftretende Nebenwirkungen aufgeklärt und bin mir bewusst, dass ein Heilungserfolg nicht mit vollständiger Sicherheit vorausgesagt werden kann. Bei Auftreten von Nebenwirkungen werde ich meinen behandelnden Arzt kontaktieren. Weiterführende Informationen entnehme ich der Gebrauchsinformation. Darüber hinaus steht mir der Arzt weiterhin als Ansprechpartner zur Verfügung.

Ich bestätige, keine weiteren Fragen zu haben.

Ort Datum Unterschrift Patient/In (ggfs. gesetzlicher Vertreter*)
**Sofern beide Elternteile sorgeberechtigt sind und nur ein Elternteil unterschreibt, erklärt er/sie mit der Unterschrift, dass das Einverständnis des anderen Elternteils vorliegt oder der/die Unterzeichnende das alleinige Sorgerecht hat*

Ort Datum Unterschrift Arzt