

Patienteninformation und Einverständniserklärung zur subkutanen allergenspezifischen Immuntherapie (Hyposensibilisierung bzw. SIT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

eine subkutane allergenspezifische Immuntherapie wird ärztlicherseits immer dann empfohlen, wenn bestimmte Stoffe (Allergene) nicht ausreichend gemieden werden können und eine Behandlung mit Medikamenten unbefriedigend war. Die Hyposensibilisierung führt zu einer Toleranz gegenüber den krankmachenden Allergenen. Gleichzeitig lässt sich die Überempfindlichkeit und Infektanfälligkeit der Schleimhäute günstig beeinflussen. Die Hyposensibilisierung erzeugt keine neuen Allergien.

Eine Allergie durch beispielsweise Pollen, Hausstaubmilben, Wespen- oder Bienengift kann durch regelmäßige Injektionen des für Ihre Krankheit verantwortlichen Allergens dauerhaft erfolgreich behandelt werden. Das Allergen wird hierbei in steigender Konzentration und Menge bis zu einer bestimmten Höchstdosis in den Oberarm gespritzt.

Die Behandlung ist zeitaufwendig und dauert im Allgemeinen drei bis fünf Jahre. D.h., sie verlangt von Ihnen ein hohes Maß an Mitarbeit und Zuverlässigkeit. Nur so kann sie erfolgreich sein. Selten sind Nebenwirkungen der Therapie: am häufigsten Schwellungen an der Injektionsstelle, sehr selten Niesreiz, Schnupfen, Hautausschlag, Atemnot und äußerst selten allergische Schockreaktionen.

Bitte beachten Sie folgende Punkte:

1. Kommen Sie regelmäßig zu den von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt angegebenen Terminen in die Praxis bzw. Klinik, Kinder bis zum zwölften Lebensjahr mit einem sie begleitenden Erwachsenen (Mutter, Vater etc.). Wenn die Kinder älter als zwölf Jahre sind und allein zur Hyposensibilisierung kommen, sollte eine schriftliche Erlaubnis der Eltern vorliegen.
2. Bitte geben Sie die Medikamente an, die Sie bzw. Ihr Kind regelmäßig, gelegentlich oder neuerdings einnehmen. Einige wenige Medikamente können die Hyposensibilisierung ungünstig beeinflussen.
3. Stellen Sie sich darauf ein, dass Ihnen bzw. Ihrem Kind vor jeder neuen Injektion folgende Fragen gestellt werden:
 - Wie haben Sie bzw. Ihr Kind die letzte Injektion vertragen? Sind Schwellungen, Niesreiz, Schnupfen, Hautausschlag, Husten, Atemnot aufgetreten?
 - Leiden Sie bzw. Ihr Kind aktuell an einem Infekt, Schnupfen, Husten oder Atemnot?
 - Haben sich Ihre Medikamente bzw. die Medikamente Ihres Kindes geändert?
 - Haben Sie bzw. Ihr Kind eine Impfung erhalten oder planen Sie diese?
 - Ist bei Ihnen eine Erkrankung neu aufgetreten?
 - Sind Sie schwanger?

4. Nach jeder Injektion müssen Sie sich 30 Minuten im Wartezimmer aufhalten. Melden Sie sich bitte umgehend bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wenn Sie Unwohlsein, Juckreiz, Hautausschlag, Niesen, Naselaufen, Atemnot, Husten, Schwindel, Herzklopfen oder andere Beschwerden bei sich bemerken. Dies können Nebenwirkungen der Behandlung sein, die eventuell sofort durch Ihren Arzt behandelt werden müssen.
5. Dreißig Minuten nach der Hyposensibilisierung kommen Nebenwirkungen nur noch sehr selten vor. Gelegentlich können Sie aber so müde werden, dass Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist. Treten im weiteren Verlauf stärkere Beschwerden wie Atemnot, Hautausschlag oder Schwindel auf, so suchen Sie bitte sofort den nächsten erreichbaren Arzt oder das nächste Krankenhaus auf. Häufiger entstehen solche Nebenwirkungen im Rahmen einer Hyposensibilisierung im Zusammenhang mit einem Saunabesuch, heißem Duschen, starker körperlicher Anstrengung, Schmerzmitteln und /oder alkoholischen Getränken.
6. Bitte beachten Sie diese Hinweise, damit die Behandlung auch für Sie bzw. Ihr Kind erfolgreich und ohne Nebenwirkungen abläuft! Diese Ausführungen ersetzen nicht die Angaben auf dem Beipackzettel Ihres Medikamentes. Sie sind als zusätzliche Information zu verstehen. Falls Ihnen etwas unklar ist, fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt im Rahmen des Aufklärungsgespräches vor Behandlungsbeginn.

Einverständniserklärung

Patient

Vor- und Nachname:

.....

Geburtsdatum:

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 habe die Patienteninformationsbroschüre erhalten. 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.

Patient

Ort/Datum

Unterschrift

Ärztin/Arzt

Ort/Datum

Unterschrift