

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Praxis/Stempel:
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

THERAPIE-INFORMATIONSBLETT

Patienteninformation zur sublingualen spezifischen Immuntherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei der spezifischen Immuntherapie kann in vielen Fällen der Körper durch die kontinuierliche Einnahme des jeweiligen Allergieauslösers seine natürliche Toleranz entwickeln. Wenn die Behandlung erfolgreich ist, kann sich im Laufe der Behandlung Ihr Körper wieder an den Allergieauslöser gewöhnen und wird unempfindlicher gegen diesen (Ursache der Allergie wird behandelt!). Die Überempfindlichkeit und Infektanfälligkeit der Schleimhäute wird oft zusätzlich günstig beeinflusst. Bei der sogenannten sublingualen Immuntherapie (unter die Zunge) wird die Therapie in Form von flüssigen Lösungen oder als Tablette durchgeführt. Die Behandlung wird empfohlen, wenn Allergene nicht ausreichend gemieden werden können und eine Behandlung mit symptomatischen Medikamenten unbefriedigend war. Sie erzeugt keine neue Allergien.

Alternativ könnte die Applikationsform der Allergengabe variiert werden (Gabe des Allergens mittels Injektion unter die Haut am Oberarm in regelmäßigen Abständen in einer Arztpraxis statt Gabe des Allergens unter die Zunge), wenn geeignete Präparate vorhanden sind und Ihre individuellen Besonderheiten dies zulassen.

Damit die Behandlung bei Ihnen bzw. Ihrem Kind Erfolg hat, beachten Sie bitte folgende Punkte:

1. Der Erfolg ist abhängig von Ihrer Therapietreue (tägliche Einnahme!). Da die Behandlung über einen Zeitraum von 3 Jahren empfohlen wird, verlangt diese ein hohes Maß an Mitarbeit von Ihnen. Nehmen Sie bitte an der Behandlung nur teil, wenn Sie sicher sind, die Therapie zuverlässig durchführen zu wollen und auch die Zuverlässigkeit aufzubringen (denn dann können Sie am ehesten von Ihrer Therapie profitieren).
2. Erscheinen Sie regelmäßig zu den Kontrollterminen bei Ihrem Arzt und lassen Sie sich rechtzeitig die Folgeverordnung verschreiben. Um ein optimales und langanhaltendes Therapieergebnis (über das Therapieende hinaus!) zu erzielen, wird eine Therapiedauer von 3 Jahren empfohlen.
3. Die erste Einnahme soll in der Praxis und unter Aufsicht Ihres Arztes erfolgen. Damit wird sichergestellt, dass die Tablette oder die Tropfen korrekt eingenommen werden. Die Verträglichkeit der sublingualen Immuntherapie ist sehr gut. Lokale Beschwerden wie zum Beispiel Juckreiz in der Mundhöhle oder im Hals, selten auch Schleimhautschwellungen in diesen Regionen können auftreten und sind meist vorübergehend in der Einleitungsphase. Magen-Darm-Beschwerden sind selten. Schwere allergische Allgemeinreaktionen sind extrem selten und traten bisher vereinzelt nur bei Patienten mit unkontrolliertem Asthma auf. Besprechen Sie diese Nebenwirkungen mit Ihrem Arzt.
4. Teilen Sie bitte Ihrem Arzt umgehend mit, wenn Ihnen ein Zahn gezogen wird oder andere Operationen im Mundhöhlenbereich geplant werden, Sie eine Entzündung in der Mundhöhle haben, neue Medikamente einnehmen oder eine Schwangerschaft vorliegt. Bitte lesen Sie auch dazu die Gebrauchsinformation in der Medikamentenpackung aufmerksam durch.
5. 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.

6. Sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt über das weitere Vorgehen bei Auftreten von Nebenwirkungen, wenn Sie an anderen Krankheiten leiden (z.B. Grippe, Verschlechterung eines Asthmas), und denken Sie an die regelmäßigen Kontroll- und Rezeptabholtermine bei Ihrem Arzt.

7. Bitte beachten Sie diese Hinweise, damit die Behandlung möglichst erfolgreich und ohne Nebenwirkungen abläuft! Die obigen Ausführungen ersetzen 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 Aufklärungsgesprächs vor Behandlungsbeginn.

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

Einverständniserklärung zur sublingualen 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 und alternative Behandlungsmöglichkeiten von meinem Arzt aufgeklärt worden und bin nach ausreichender Bedenkzeit mit der geplanten Therapieform und dem ausgewählten Präparat einverstanden. Meine Fragen zu dieser Behandlung sind umfassend beantwortet worden. 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 mir vorliegenden 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*)
-----	-------	---

Ort	Datum	Unterschrift Arzt	Praxis-Stempel
-----	-------	-------------------	----------------

* 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.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Stempel

THERAPIEINFORMATIONSBLETT 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 und wird empfohlen, wenn Allergene nicht ausreichend gemieden werden können. 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.

Damit die Behandlung bei Ihnen bzw. Ihrem Kind Erfolg hat, beachten Sie bitte folgende Punkte: Die Therapie verlangt insgesamt ein hohes Maß an Mitarbeit und Zuverlässigkeit. Ihre Mitarbeit ist enorm wichtig für den Erfolg und die Sicherheit der Therapie!

- 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.
- 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 hierzu.
- 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 Schnupfen?
 - ☐ 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, Niesen, Naselaufen, Atemnot, Husten, Schwindel, Herzklopfen oder andere Beschwerden bemerken. Dies können Nebenwirkungen der Behandlung sein, die sofort durch Ihren Arzt behandelt werden müssen.
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 Anstrengung/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 ersetzen 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.
10. Bei einer Immuntherapie gegen Insektengifte wird laut Europäischer Leitlinie die Gabe eines Antihistaminikums vor der Impfung empfohlen. Bei Pollen- oder Milbenallergien kann diese Gabe bei zuvor bestehenden Lokalreaktionen auch erwogen werden.

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 und alternative Behandlungsmöglichkeiten von meinem Arzt aufgeklärt worden und bin nach ausreichender Bedenkzeit mit der geplanten Therapieform und dem ausgewählten Präparat einverstanden. Meine Fragen zu dieser Behandlung sind umfassend beantwortet worden. 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 mir vorliegenden Gebrauchsinformation. Darüber hinaus steht mir der Arzt weiterhin als Ansprechpartner zur Verfügung.

Ich bestätigte, keine weiteren Fragen zu haben.

ORT/DATUM	UNTERSCHRIFT Patient/in (ggfs. gesetzlicher Vertreter*)
-----------	---

ORT/DATUM	UNTERSCHRIFT Arzt	Praxis-Stempel
-----------	-------------------	----------------

*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.