



## Patienteninformation zu sublingualen spezifischen Immuntherapie

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen wurde eine Allergie festgestellt. Als Therapie wurde Ihnen eine Hyposensibilisierung (entspricht einer spezifischen Immuntherapie) empfohlen. Diese dauert in der Regel 3 Jahre. Es gibt einerseits die Möglichkeit einer Spritzenbehandlung (1 x im Monat), andererseits auch die Möglichkeit einer Behandlung mit Tropfen oder Tabletten (1 x am Tag)

Sie haben sich nach Aufklärung über die möglichen Therapieformen für die **sublinguale Immuntherapie** (Behandlung mit Tropfen oder Tabletten unter die Zunge) entschieden. Diese Therapieform wird schon seit über 10 Jahren eingesetzt.

Normalerweise werden die Medikamente für jedes einzelne Allergen, gegen das Sie behandelt werden, **1 x am Tag** eingenommen. Es sollte kein Tag ausgelassen werden.

### Wie sind die Erfolgsaussichten der sublingualen Immuntherapie?

Bei der Mehrzahl der Behandlungen tritt eine Besserung der Beschwerden ein. Dieser Erfolg kann jedoch im Einzelfall nicht genau vorhergesagt werden und ist nicht zuletzt abhängig von Ihrer Therapietreue (also der täglichen Einnahme des Medikamentes). Die gesamten Kosten der Diagnostik und Therapie werden von der Krankenkasse übernommen.

Damit die spezifische Immuntherapie bei Ihnen Erfolg hat, beachten Sie bitte folgende Punkte:

→ Die Behandlung darf nicht bei einer aktiven Krebserkrankung, einer bestehenden Schwangerschaft, bei einer Autoimmunkrankheit oder bei der Einnahme von Blutdruckmedikamenten (Betablocker) durchgeführt werden.

→ Erscheinen Sie regelmäßig zu den Kontrollterminen bei Ihrem Arzt und lassen Sie sich rechtzeitig die Folgeverordnung verschreiben. Um ein optimales und lang anhaltendes Therapieergebnis (über das Therapieende hinaus!) zu erzielen, wird eine Therapiedauer von 3 Jahren empfohlen.

→ 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, wie auch ein leichtes Schwellungsgefühl im Mundraum können auftreten. Diese Beschwerden halten normalerweise nicht länger als 4 Wochen an (siehe Beipackzettel des Medikaments). Prinzipiell ist auch bei einer sublingualen Therapie zur jedem Zeitpunkt der Therapie eine allergische Reaktion bis zur Schockreaktion (Schweißausbruch, Herzerasen, Druck in der Brust, Durchfall, Bewußtseinsverlust) möglich, aber sehr unwahrscheinlich.

→ Wenn Sie einen Zahn gezogen bekommen haben, eine Entzündung der Mundhöhle vorliegt oder Sie neue Medikamente einnehmen nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf und fragen nach, ob die Therapie weiter geführt werden kann.

→ Im Falle einer Schwangerschaft während der Therapie informieren Sie uns bitte schnell, die Therapie wird dann normalerweise unterbrochen, da keine ausreichenden Kenntnisse über Nebenwirkungen bei Schwangeren vorliegen.

→ Bei Kindern mit Asthma bronchiale, sollte bei Vorliegen einer akuten Infektion der oberen Atemwege die Therapie bis zum Abklingen der Infektion ausgesetzt werden.

### **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 von meinem Arzt aufgeklärt worden und bin mit der geplanten Therapieform und dem ausgewählten Präparat einverstanden. Meine Fragen zu dieser Behandlung sind beantwortet. Ich wusste 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt