



Malteser

...weil Nähe zählt.

Malteser Lungen- u. Allergiezentrum | Weberstraße 118 | 53113 Bonn

**Malteser Lungen- und
Allergiezentrum Bonn**

**Allergologisch-
Immunologisches Labor**

Dr. med. Marcus Joest

Dr. med. Birgit Sent

Fachärzte für Innere Medizin,
Pneumologie (Allergologie)

Dr. med. Adelheid aufm

Kampe

Fachärztin für

Allgemeinmedizin, Allergologie

THERAPIEINFORMATIONSBLATT SLIT

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 eine 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 (die Ursache der Allergie wird behandelt!). Die Überempfindlichkeit und Infektanfälligkeit der Schleimhäute werden oft zusätzlich günstig beeinflusst. Bei der sogenannten sublingualen Immuntherapie (unter der 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 Medikamenten unbefriedigend war. Sie erzeugt keine neuen Allergien. 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. 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 aufbringen (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 der 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-Darmbeschwerden 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.

**Malteser Lungen- und
Allergiezentrum Bonn**
Weberstraße 118
53113 Bonn

Telefon 0228 213071 (Praxis)

Fax 0228 219124

allergologie@malteser-mvz.bonn.de

Bankverbindungen

Bank für Sozialwirtschaft

BLZ 370 205 00

Konto 10 401 00

BIC: BFSWDE33 IBAN: DE36 370

205 00 000 10 40100

www.malteser-lunge-allergie.de

Träger

Malteser Medizinisches

Versorgungszentrum Bonn gemeinnützige

GmbH; Amtsgericht Bonn, HR B 16730

Geschäftsführung

Verena Hölken (Vors.)

Carsten Jochum

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 und 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 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 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*)
-----	-------	---

Ort	Datum	Unterschrift Arzt
-----	-------	-------------------

*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.

Malteser Lungen- und Allergiezentrum Bonn
Weberstraße 118
53113 Bonn
Telefon 0228 213071 (Praxis)
Fax 0228 219124
allergologie@malteser-mvz.bonn.de

Bankverbindungen
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00
Konto 10 401 00
BIC: BFSWDE33 IBAN: DE36 370 205 00 000 10 40100
www.malteser-lunge-allergie.de

Träger
Malteser Medizinisches Versorgungszentrum Bonn gemeinnützige GmbH; Amtsgericht Bonn, HR B 16730

Geschäftsführung
Verena Hölken (Vors.)
Carsten Jochum