

Krankenkasse bzw. Kostenträger / Sağlık sigortası veya masrafları karşılayan			Praxis/Stempel: / Muayenehane/Kaşe:		
Name, Vorname des Versicherten / Sigortalının soyadı, adı					
geb. am / Doğum tarihi					
Kassen-Nr. / Kuruim no.	Versicherten-Nr. / Sigortalı no.	Status / Durum			
Betriebsstätten-Nr. / İşletme no.	Arzt-Nr. / Doktor no.	Datum / Tarih			

HASTA BILGILENDİRME FORMU

Dilaltı alerjen spesifik immünoterapi hakkında hasta bilgilendirmesi

Sayın hastamız,

söz konusu alerjenlerin sürekli olarak alınmasını içeren spesifik immünoterapi, vücudunuzun doğal toleransını geliştirmesine yardımcı olabilir. Tedavi başarılı olursa, vücudunuz alerjene karşı daha alışıktır hale gelir (Alerjinin nedeni tedavi edilir!). Bu tür bir tedavi mukoza zarlarının aşırı duyarlılığını ve enfeksiyona yatkınlığını da çoğu zaman olumlu yönde etkiler. Dil altı immünoterapi (sublingual) olarak adlandırılan yöntemde, tedavi bir tablet veya sıvı çözelti şeklinde uygulanır. Bu tedavi yeni alerjilere sebep olmaz.

Alternatif olarak, uygun ilaçlar mevcutsa ve bireysel özellikleriniz buna izin veriyorsa, alerjinin uygulama şekli değiştirebilirsiniz (alerjen dil altı yerine bir doktor muayenehanesinde düzenli aralıklarla üst koldan iğneyle uygulanır).

Sizin veya çocuğunuzun tedavisinin başarılı olması için lütfen aşağıdaki noktalara dikkat ediniz:

- Tedavinin başarısı, sizin ilaca devamlılığınıza bağlıdır (her gün alınmalıdır!). Tedavi 3 yıllık bir süre için önerildiğinden, sizden yüksek derecede bir özveri gerektirir. Tedaviye yalnızca terapiyi düzenli bir şekilde uygulamak istediğinizden eminseniz ve bunu yapabilecek kararlılığa sahipseniz başlayın (çünkü terapinizden en çok o zaman yararlanabilirsiniz).**
- Kontroller için düzenli olarak doktorunuzu ziyaret edin ve takip reçetesini zamanında yazdırın. İdeal ve uzun süreli koruyucu bir sonuç elde etmek için (tedavinin bitiminden sonra!), 3 yıllık tedavi süresi önerilir.**
- İlk doz muayenehanede ve doktorunuzun gözetimi altında alınmalıdır. Bu, tablet veya damlanın doğru şekilde alındığından emin olmak içindir. Dilaltı immünoterapinin tolere edilebilirliği çok iyidir. Bazen ağızda veya boğazda kaşıntı gibi lokal şikayetler oluşabilir ya da nadiren de olsa bu bölgedeki dokularda şişlikler görülebilir ve bunlar çoğu zaman başlangıç aşamasında geçici olarak ortaya çıkar. Mide ve bağırsak şikayetleri nadir olarak görülür. Şiddetli alerjik reaksiyonlar son derece nadirdir ve ve şimdye kadar sadece kontrolsüz astımı olan hastalarda tek tük görülmüştür. Bu olası yan etkileri doktorunuzla görüşünüz.**
- Lütfen bu gibi durumlarda en kısa zamanda doktorunuza danışınız: Dişiniz çekildiğinde, ağız boşluğu bölgesinde bir ameliyat planlanıyorsa; ağız boşluğunda iltihap varsa; yeni bir ilaç kullanmaya başladığınız veya gebelik gibi bir durum söz konusuysa. Bununla ilgili lütfen ilaç kutusundaki prospektüsü dikkatlice okuyunuz.**
- Randevularınıza planlandığı gibi gitmeniz veya bir randevuya gidemeyecek olursanız doktorunuza önceden haber vermeniz önemlidir.**
- Lütfen yan etkiler görüldüğünde ya da başka rahatsızlıklar ortaya çıkarsa (örn. grip, kötüleşen astım) ne yapmanız gerektiğini doktorunuza danışın, ayrıca doktorunuzla düzenli kontrollerinizi ve reçete yazdırma tarihlerinizi de unutmayın.**
- Tedavinin mümkün olduğunca başarılı ve yan etkiler olmadan gerçekleşmesi için lütfen bu talimatlara uyun! Yukarıdaki bilgiler sadece ek bilgi görevi görür ve ilaç kutusundaki prospektüsü okumanın yerine geçmez. Önemli diğer bilgileri doktorunuzdan, tedaviye başlamadan önceki bir açıklama görüşmesi kapsamında öğrenebilirsiniz.**

Doktorun diğer notları (örn. kişisel riskler):

Dilaltı alerjen spesifik immünoterapi için onay beyanı

Alerjik hastalığım ve tedavi seçenekleri hakkındaki bilgileri okudum ve anladım. Planlanan immünoterapi ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında doktorum tarafından bilgilendirildim ve yeterli düşünme süresinden sonra planlanan tedavi şeklini ve seçilen ilacı kabul ediyorum. Bu tedaviyle ilgili sorularım kapsamlı bir şekilde cevaplandırıldı. Doktorum tarafından oluşabilecek yan etkiler hakkında bilgi verildi ve tedavinin başarısını kesin olarak tahmin etmenin mümkün olmadığını farkındayım. Daha fazla bilgiyi İlaç kutusundaki prospektüste bulabilirim

Buna ek olarak ilgili kişi olarak her zaman doktoruma başvurabilirim.

Başka sorum olmadığını teyit ediyorum.

Yer	Tarih	Hasta imzası (varsa yasal temsilcisi*)

Yer	Tarih	Doktor imzası

* Her iki ebeveyn de bakım hakkına sahipse ve sadece bir ebeveyn imzalarsa, imzasıyla birlikte, diğer ebeveynin onayının da verilmiş olduğunu veya imzayı atanın bütün bakım hakkına sahip olduğunu teyit etmiş olur.

STALLERGENES  **GREER**
Life beyond allergy