

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

Elterninformation und Einverständniserklärung zur Oralen Immuntherapie (OIT) bei Kindern und Jugendlichen mit Erdnussallergie

Sehr geehrte Eltern,

bei Ihrem Kind soll eine orale Immuntherapie aufgrund einer Erdnussallergie durchgeführt werden. Dieser Bogen dient als Zusammenfassung des Aufklärungsgespräches. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch.

Was ist eine orale Immuntherapie?

Bei der oralen Immuntherapie wird Ihrem Kind zunächst eine kleine, dann immer größer werdende Menge an Erdnussprotein zusammen mit einer Mahlzeit verabreicht. Die Menge an Erdnussproteinpulver wird, beginnend mit ganz geringen Dosen, langsam und über Wochen bis zu einer Erhaltungsdosis gesteigert. Diese Therapie führt bei vielen Menschen zu einer Toleranz von Spuren bis kleinen Mengen an Erdnuss. Im Rahmen der Therapie müssen Erdnüsse und erdnuss haltige Lebensmittel jedoch weiterhin gemieden werden.

Wie erfolgt die orale Immuntherapie?

Die Einleitung einer oralen Immuntherapie (initiale Aufdosierung) erfolgt zumeist stationär/tagesstationär im Krankenhaus. Hierbei wird Ihrem Kind Erdnussprotein vermengt mit einer Mahlzeit in fünf, immer größer werdenden, Portionen (0,5 mg – 1mg- 1,5 mg – 3mg – 6mg) in einem Abstand von jeweils 20-30 Minuten gegeben. Kommt es zu einer eindeutig allergischen Reaktion mit der Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention, muss die Immuntherapie vorzeitig abgebrochen werden. Wird diese initiale Aufdosierung vertragen, werden Sie und Ihr Kind zur ersten Dosis (3mg) der Dosissteigerung eingeladen. Dies kann sofort am nächsten Tag nach der initialen Aufdosierung bzw. bis zu vier Tagen danach erfolgen. Wird diese Dosis vertragen, können Sie die nachfolgenden Gaben der gleichen

Dosisstufe zu Hause durchführen. Alle zwei Wochen erfolgt eine Aufdosierung auf die nächst höhere Dosisstufe. Für diese Aufdosierung müssen Sie jeweils erneut in eine spezialisierte Fachambulanz oder ggf. Praxis kommen. Insgesamt finden 11 Dosissteigerungen statt bis zu einer Erhaltungsdosis von 300mg Erdnussprotein. Diese Dosis nimmt Ihr Kind dann weiter einmal täglich ein.

Welche Risiken gibt es?

Im Rahmen der Therapie kann es zum Auftreten allergischer oder auch anaphylaktischer Reaktionen kommen. Um Risiken während der Therapie zu minimieren, erhält Ihr Kind jede neue, erhöhte Dosis unter ärztlicher Aufsicht in einer spezialisierten Gesundheitseinrichtung, in der Ihr Kind im Bedarfsfall mit allen notwendigen Medikamenten und Prozeduren behandelt werden kann. Vorerkrankungen und individuelle Besonderheiten können die Häufigkeit von Komplikationen wesentlich beeinflussen. Bitte beachten Sie hierzu auch unbedingt den nächsten Absatz.

Sehr häufig (kann bis zu 1 Behandelten von 10 betreffen) kommt es zu Reaktionen des Magen-Darm-Traktes mit Erbrechen, Magenbeschwerden oder –schmerzen, Übelkeit, Rachenreizung, Kribbeln im Mund oder Juckreiz im und um den Mund herum. Ebenfalls kommt es sehr häufig zu Reaktionen der Haut mit Nesselausschlag oder juckender Haut sowie Reaktionen der Atemwege mit Engegefühl im Hals, Husten oder Niesen.

Häufig (kann bis zu 1 Behandelten von 100 betreffen) kommt es zu Atembeschwerden, schweren allergische Reaktionen oder pfeifender Atmung (Giemen).

Worauf ist während der oralen Immuntherapie zu achten?

Für den Erfolg und die Sicherheit der Behandlung ist es sehr wichtig, dass Sie die Therapie zuverlässig und regelmäßig täglich durchführen. Darüber hinaus sind folgende Punkte zu beachten:

1. Achten Sie darauf, dass Ihrem Kind jederzeit sein Adrenalininjektor für die Behandlung eventueller anaphylaktischer Reaktionen zur Verfügung steht.
2. Ihr Kind muss weiterhin auf das Essen von Erdnüssen oder erdnusshaltigen Lebensmitteln verzichten.
3. Halten Sie sich konsequent an die empfohlene Dosis für den jeweiligen Tag. Dosisänderungen dürfen nur nach vorheriger ärztlicher Rücksprache erfolgen.
4. Wenn Ihr Kind an einem Asthma bronchiale erkrankt ist, muss dieses kontrolliert sein. Dies bedeutet, Ihr Kind sollte keine regelmäßigen Beschwerden haben oder das Notfallmedikament (z.B. Salbutamol) benötigen.
5. Sollten Sie die Einnahme vergessen haben, nehmen Sie bitte Rücksprache mit Ihrem betreuenden Arzt/Ärztin auf, um zu erfahren, wie Sie weiter verfahren sollen.
6. Wenn nach der Einnahme Symptome einer allergischen Reaktion auftreten, müssen Sie vor der nächsten Einnahme Ihre betreuende Ärztin oder Ihren Arzt informieren und das weitere Vorgehen besprechen.

7. Beachten Sie insbesondere folgende Punkte, die das Risiko für das Auftreten von Nebenwirkungen erhöhen:
- Vermeiden Sie heißes Duschen oder Bäder unmittelbar vor und bis drei Stunden nach der Einnahme.
 - Vermeiden Sie körperliche Anstrengung unmittelbar vor und bis drei Stunden nach der Einnahme.
 - Vermeiden Sie die Einnahme bei einem Infekt, insbesondere bei Auftreten von Fieber oder Husten. Bitte halten Sie in diesem Fall Rücksprache mit dem betreuenden Arzt/Ärztin, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Im Zweifelsfall lassen Sie eine Dosis aus und kontaktieren Sie Ihren Arzt/Ärztin am nächsten Werktag.
 - Jede Dosis muss mit einer Mahlzeit eingenommen werden und nicht auf leeren Magen.
 - Alkohol sollte 2 Stunden vor und 2 Stunden nach der Dosis nicht getrunken werden.
 - Weitere Faktoren, die das Risiko allergischer Nebenwirkungen erhöhen: Einnahme bestimmter Medikamente, wie nicht-steroidale Antirheumatika, Stress, Schlafmangel, Menstruation
8. Bitte beachten Sie, dass diese Hinweise nur der zusätzlichen Information dienen und nicht das Lesen des Beipackzettels ersetzen. Im direkten Gespräch mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem Arzt können weitere wichtige Punkte besprochen und geklärt werden.

Zusätzliche ärztliche Anmerkungen:

Einverständniserklärung zur Oralen Immuntherapie

Ich habe die Erläuterungen zu der empfohlenen Therapie verstanden und konnte alle Fragen dazu stellen. Meine Ärztin bzw. mein Arzt hat mich über meine Erkrankung und die Behandlungsoption der oralen Immuntherapie aufgeklärt und ich bin mit der Behandlung einverstanden. Weiterführende Informationen entnehme ich der Gebrauchsinformation und kontaktiere bei Fragen meine Ärztin bzw. meinen Arzt. Über die Möglichkeit des Auftretens von Nebenwirkungen bin ich informiert worden und werde diese ggf. meiner behandelnden Ärztin oder meinem behandelnden Arzt umgehend berichten.

Ich bestätige hiermit, dass ich keine weiteren Fragen habe.

Ort	Datum	Unterschrift Patient/in (gesetzlicher Vertreter*)
-----	-------	---

Ort	Datum	Unterschrift Ärztin/Arzt
-----	-------	--------------------------

*Sofern beide Elternteile sorgeberechtigt sind und nur ein Elternteil unterschreibt, erklärt dieser hiermit, dass das Einverständnis des anderen Elternteils eingeholt wurde bzw. das unterschreibende Elternteil das alleinige Sorgerecht hat.