

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 bei Erdnussallergie

Sehr geehrte Eltern,

für die Behandlung der Erdnussallergie existiert neben der strengen Meidung von Erdnüssen eine neue Behandlungsoption zur oralen Desensibilisierung. Hierbei erhält Ihr Kind täglich eine geringe Menge Erdnussproteinpulver, welches mit der Nahrung aufgenommen wird. 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 Verträglichkeit von Spuren bis kleinen Mengen an Erdnuss. Im Rahmen der Therapie müssen Erdnüsse und erdnusshaltige Lebensmittel jedoch weiterhin gemieden werden. Die orale Immuntherapie ist aber keine Therapie, mit der anschließend Erdnüsse normal gegessen werden können und vertragen werden

Der Therapiestart sowie jede Erhöhung der Allergendosis erfolgen unter ärztlicher Aufsicht in einer spezialisierten Praxis oder Fachambulanz. Die Einnahmen dazwischen finden zu Hause statt.

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

1. Achten Sie darauf, dass Ihrem Kind jederzeit sein Adrenalininjektor zur Verfügung steht
2. Verzichten Sie weiterhin konsequent auf das Essen von Erdnüssen oder erdnusshaltigen Lebensmitteln.
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 leidet, muss dieses kontrolliert sein. Dies bedeutet, Ihr Kind sollte keine regelmäßigen Beschwerden haben oder das Notfallspray (z.B. Salbutamol) benötigen.

5. Sollten Sie die Einnahme der oralen Immuntherapie an mehr als 2 Tagen 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 zu Nebenwirkungen führen können:
  - 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.
  - Geben Sie jede Dosis zu einer Mahlzeit und nicht auf leeren Magen
  - Alkohol sollte 2 Stunden vor und 2 Stunden nach der Dosis nicht getrunken werden
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.