

# Einverständniserklärung zur subkutanen Allergen- Immuntherapie (SCIT)

Patient:in Nr.

Name Patient:in

Geburtsdatum

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Über folgende Themen wurde gesprochen



Alternativen zur SCIT



Erfolgsaussichten der  
Therapie



mögliche Nebenwirkungen



Durchführung/  
Ablauf der SCIT



empfohlene Therapiedauer  
von 3 Jahren



erforderliche Verhaltens-  
hinweise vor und nach der  
Injektion

## Einverständniserklärung

Alle mich interessierenden Fragen zur subkutanen Allergen-Immuntherapie wurden geklärt. Die Hinweise zum Verhalten während und nach der Behandlung habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich wurde von meiner/m Ärztin/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 sofort meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt kontaktieren. Notwendig werdende Folge- und Nebenmaßnahmen finden meine Zustimmung. Ich bin mit der Durchführung einer subkutanen Allergen-Immuntherapie und dem ausgewählten Präparat einverstanden. Ich bestätige, keine weiteren Fragen zu haben.

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten  
bzw. der Sorgeberechtigten/Eltern

Ort

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
(Praxisstempel)