

## Informationsblatt sublinguale Immuntherapie (SLIT)

Ziel einer sublingualen Immuntherapie (SLIT) ist die Verringerung der Überempfindlichkeit gegen jene Stoffe, welche die allergischen Krankheiten hervorrufen. Sie beruht darauf, dass dem Körper kleinste, exakt abgemessene Mengen der Stoffe, gegen die man allergisch ist als Tropfen oder selbstauflösende Tabletten unter die Zunge appliziert werden.

Die SLIT wird entweder **ganzjährig** (z.B.: Hausstaubmilben) oder **prä/cosaisonal** (Pollen) durchgeführt. Die gesamte Therapiedauer beträgt meist 3 Jahre. Nach einer anfänglichen täglichen Dosissteigerung (abhängig vom Präparat), wird eine bestimmte Anzahl von Tropfen bzw. eine selbstauflösende Tablette täglich unter die Zunge appliziert. Das jeweilige Dosierungsschema wird Ihnen vom/von der Arzt:in erklärt. Die erste Dosis soll unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden.

### Folgende Punkte sind von größter Wichtigkeit

- Fixen Zeitpunkt der Einnahme (z.B. 5-10 min vor dem Frühstück) einhalten.
- Die Tropfen/Tablette unter die Zunge applizieren, mindestens zwei Minuten im Mund halten und erst danach schlucken.
- Während eines Infektes, Entzündungen der Mundschleimhaut oder Verletzungen im Mundbereich SLIT absetzen. Die Fortsetzung der Behandlung erfolgt nach Rücksprache mit dem Arzt.
- SLIT-Tropfen sollen möglichst gekühlt gelagert werden. Die jeweils angebrochene Flasche kann auch bei Raumtemperatur lagern. Einfrieren und Temperaturen von mehr als 40°C verhindern. Tabletten trocken bei Raumtemperatur lagern.
- Bitte beachten Sie, dass das ausgestellte Rezept nur 4 Wochen gültig ist und in diesem Zeitraum eingelöst werden muss.

### Mögliche Nebenwirkungen

Vor allem in den ersten 1 - 2 Wochen sind lokale Nebenwirkungen häufig. Kontaktieren Sie den/die Arzt:in, falls Probleme auftreten.

- Häufig: lokale Beschwerden wie Juckreiz in der Mundhöhle oder im Hals
- Selten: Schleimhautschwellungen, Magen-Darmbeschwerden
- Extrem selten: Schwere allergische Allgemeinreaktionen, Asthma

### Einverständniserklärung

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/meiner Arzt:in aufgeklärt worden und bin mit der geplanten Therapieform und dem ausgewählten Präparat einverstanden. Meine Fragen zu dieser Behandlung sind beantwortet. Ich wurde von meinem/meiner Arzt:in 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/meiner behandelnden Arzt:in kontaktieren. Weiterführende Informationen entnehme ich der Gebrauchsinformation. Darüber hinaus steht mir der/die Arzt:in weiterhin als Ansprechpartner zur Verfügung. Ich bestätige, keine weiteren Fragen zu haben.

Wien, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in bzw. der/des Erziehungsberechtigten (unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er/sie mit seiner/ihrer Unterschrift, dass ihm/ihr das Sorgerecht allein zusteht oder dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt:Ärztin