

Liebe Patientin, Lieber Patient,



zur Behandlung Ihrer festgestellten Allergie haben wir uns gemeinsam für eine spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) entschieden.

Das Aufklärungsgespräch erfolgte am _____

Für den Therapieerfolg sollte die Behandlung über einen Zeitraum von mindestens 3 Jahren regelmäßig erfolgen. In diesem Therapiepass werden die durchgeführten Injektionen eingetragen und Ihr nächster Termin vermerkt.

Bitte beachten Sie auch Folgendes:

- Sie bleiben nach jeder Injektion 30 Min. zur ärztlichen Kontrolle in der Praxis!
- Bei Fieber vereinbaren Sie bitte einen neuen Termin.
- Bitte bei jeder Visite neue Medikamente melden.
- Am Tag der Behandlung vermeiden Sie bitte:
 - » Übermäßige körperliche Anstrengungen, z. B. intensiver Sport
 - » Koffeinhaltige Getränke, wie z. B. auch Energy Drinks
 - » Stark gewürzte und schwere Speisen
 - » Heiß duschen oder baden bzw. Saunagänge.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung & viel Erfolg für Ihre Behandlung. Ihr Praxisteam

Stempel Ärztin/Arzt

Ausstellungsdatum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

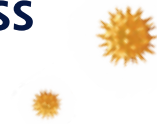
Telefon der Arztpraxis



LETI Pharma GmbH
Gutenbergstraße 10, 85737 Ismaning

Art.-Nr.: ALE0014, 08/2015

Therapiepass



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ und Ort

Telefon

Hyposensibilisierungspräparat

Allergen/e



Bitte bringen Sie diesen Therapiepass zu jeder Behandlung in die Praxis mit.

