



Dr. med. Martin Lindenberg  
Facharzt für Hals-Nasen- Ohrenheilkunde  
Heidelberger Str. 19  
68766 Hockenheim



**FB 086**  
**Einverständniserklärung zur**  
**Hyposensibilisierung**

**PQ HNO**  
praxisorientiertes  
Qualitätsmanagement  
für HNO Praxen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, von Dr. Lindenberg über meine Erkrankung und über die Behandlungsmöglichkeiten im Einzelnen sowie über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Notwendigkeit der Hyposensibilisierung und sonstiger Behandlungsmaßnahmen unterrichtet worden zu sein.

Ich bin mit der vorgesehenen Behandlung einverstanden.  
Meine Fragen zur Behandlung sind vollständig beantwortet worden.

Ich habe mit Dr. Lindenberg über mögliche Vor- und Nachteile der Behandlung gesprochen. Auf die Möglichkeit von Komplikationen und darauf, dass ein bestimmter Heilungserfolg nicht garantiert bzw. mit Sicherheit vorausgesagt werden kann bin ich hingewiesen worden.

Insbesondere bin ich hingewiesen worden, dass:

Ich nach der Injektion mindestens 30 Minuten in der Praxis/ unter ärztlicher Kontrolle bleiben muß, da die Möglichkeit einer unmittelbaren allergischen Reaktion besteht.

Sowie, dass ich am Injektionstag folgende Tätigkeiten vermeiden sollte:

- Heißes Duschen oder Baden, Sauna
- Körperliche Anstrengungen/Sport

Ebenso ist mir bekannt, dass ich meinen Arzt vor jeder Injektion über die im Folgenden aufgezählten Punkte informieren muß:

- Evtl. aufgetretene Reaktion auf die vorherige durchgeführte Injektion
- Veränderte/bzw. neue Medikamenteneinnahmen
- Neu aufgetretene Erkrankungen, akute Infektionen
- Durchgeführte oder geplante Impfungen
- Schwangerschaft



Dr. med. Martin Lindenberg  
Facharzt für Hals-Nasen- Ohrenheilkunde  
Heidelberger Str. 19  
68766 Hockenheim



**FB 086**  
**Einverständniserklärung zur**  
**Hyposensibilisierung**

**PQ HNO**  
praxisorientiertes  
Qualitätsmanagement  
für HNO Praxen

Die für die Behandlung notwendigen Hyposensibilisierungslösungen sind sehr teuer und gehen zu dem Lasten der Versichertengemeinschaft. Daher möchten wir Sie bitten, wenn Sie sich für eine Therapie entschieden haben, diese auch regelmäßig durchzuführen und die Therapieintervalle einzuhalten. Sollten bei Ihnen Gründe auftreten, die dies nicht zulassen, möchten wir Sie bitten, uns darüber zu informieren.

Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis Dr. med. Martin Lindenberg an den Beginn/die Fortsetzung der Hyposensibilisierungsbehandlung auf folgenden Weg erinnern darf.

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Unterschrift Dr. Lindenberg: \_\_\_\_\_