

## **Einverständniserklärung zu einer Hyposensibilisierungsbehandlung**

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Hyposensibilisierungslösung: .....

Hiermit erkläre ich mich mit der geplanten Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem oben genannten Allergenextrakt einverstanden. Über die möglichen Nebenwirkungen der Hyposensibilisierungsbehandlung wie örtliche Reaktionen und Allgemeinreaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock wurde ich eingehend aufgeklärt. Von dem Informationsblatt über die notwendigen Verhaltensregeln bei Hyposensibilisierungsbehandlung habe ich Kenntnis genommen. Weitere Fragen zur Behandlung habe ich nicht.

**Ich nehme keine Betablocker und ACE-Hemmer ein (Hypertonie-Behandlung).**

Darmstadt, den .....

.....  
Patient/ in

.....  
Priv.-Doz.Dr.med.habil. C.G. Schirren