

Hautarztpraxis

Dr. Ulrich Speer 

Facharzt für Dermatologie

Allergologie, Venenleiden, ambulante Operationen, Laserbehandlungen, ambulante Bädertherapie, Röntgenweichstrahltherapie, onkologisch verantwortlicher Arzt

Merkblatt:

Allergietest / Expositionstest

Hautarztpraxis

Dr. Ulrich Speer 

Sprechzeiten (nach Vereinbarung):

Mo: 8.00 -17.00 Uhr

Di: 10.30 - 18.30 Uhr

Mi: 8.00 - 13.00

Do: 10.00 - 13.00 und 14.00 - 19.00 Uhr

Fr: 8.00 - 14.00 Uhr

Dr. Ulrich Speer

Georgstrasse 15

88214 Ravensburg

Fon 07 51-35 44 53-0

Fax 07 51-35 44 53-2

www.hautarzt-rv.de

info@hautarzt-rv.de

Merkblatt:

Allergietest / Expositionstest

Beim Allergie- und Expositionstest werden dem Patienten diejenigen Substanzen, welche fraglich zu allergischen Erscheinungen geführt haben (in manchen Fällen auch Ausweichstoffe) direkt verabreicht.

Bei Ihnen soll folgende Substanz ausgetestet werden:

Es muss damit gerechnet werden, dass der exponierte Patient mit ähnlichen oder gesundheitlichen Problemen, wie beim zurückliegenden akuten Ereignis zeigt (Hautausschläge, Störungen der Atemfunktion wie z.B. asthmaartige Symptome, sowie Blutdruckabfall bis hin zum Herz-Kreislaufversagen).

Die Risiken einer Exposition mit den vorgesehenen Substanzen im geplanten Umfang sind mir von Dr. Speer erklärt worden.

Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.

Einverständnis zum "Merkblatt: Allergietest / Expositionstest":

Liegen bei Ihnen noch nicht angesprochene weitere Allergien vor?

ja nein wenn ja welche?

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?

ja nein

Besteht jetzt oder chron, eine Infektionskrankheit?

ja nein wenn ja welche?

Haben Sie in diesem Zusammenhang schon einmal Kreislaufprobleme oder Ähnliches durchgemacht?

ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

Ich Herr/Frau -----

bestätige, das Merkblatt "Allergietest / Expositionstest" im vollen Umfang gelesen und verstanden zu haben. Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet, ich willige zur Abklärung der in Frage kommenden Allergie, in die geplante Testung ein.

Ravensburg, den -----

Unterschrift Patient: -----