

Spezifische Immuntherapie gegen Allergien

Antrag auf Rückerstattung durch die Zusätzlichen Dienste

Teil 1 - Identifizierung und Verordnung

Ich, Unterzeichnete(r),

Dr.	
-----	--

Facharzt in

- Dermatologie
- Hals-Nasen-Ohren-Medizin
- Pneumologie
- Allergologie

und behandelnder Arzt von

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

verordne die spezifische Immuntherapie gegen folgende(s) Allergen(e)

--

für die voraussichtliche Dauer von Jahren.

Anfangsdatum der Therapie	
---------------------------	--

Teil 2 - Diagnose

Ich bestätige, dass die oben genannte Person an folgender Allergie leidet

- Allergie gegen Milben
- Allergie gegen Gräserpollen
- Allergie gegen Birkenpollen

Diese Allergie ruft bei der oben genannten Person folgende Beschwerden oder Krankheiten hervor

- Leichte, anhaltende Nasenschleimhautentzündung
- Mittelstarke bis starke, zeitweilige Nasenschleimhautentzündung
- Mittelstarke bis starke, anhaltende Nasenschleimhautentzündung
- Leichtes bis mittelstarkes, anhaltendes Asthma

Trotz Vermeidung der Allergieauslöser und Einnahme lindernder Medikamente tritt keine deutliche Besserung ein, sodass die Lebensqualität der oben genannten Person deutlich eingeschränkt ist. Des Weiteren besteht ein erhöhtes Risiko, dass sich die Allergie zum Asthma auszuweiten droht.

Datum	
Unterschrift	