



Name: .....

Geb.Dat.: .....

## **Einwilligungserklärung sowie Hinweise für den Pflastertest**

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Zur Abklärung einer möglichen Kontaktallergie ist Ihre Mithilfe erforderlich. Beachten Sie bitte folgende Punkte und halten Sie die Kontrolltermine ein:

- Für den Epikutantest benötigen Sie eine gültige Überweisung und Ihre E-card.
- Bei Ihrem 1. Termin (nur Dienstags möglich!) erfolgt nach dem Anamnesegespräch mit dem/der Arzt/Ärztin das Aufkleben verschiedener Testsubstanzen auf den Rücken.
- Während der gesamten Testzeit den Rücken nicht waschen, duschen oder baden und *nicht* von *Sonne*, Höhensonne oder Sonnenbank bescheinen lassen.
- Körperliche Betätigungen, die heftiges *Schwitzen* hervorrufen, sind zu *vermeiden*, ebenso alle Bewegungen, die zum Ablösen der Pflaster führen.
- Sollten die Pflaster sich trotzdem einmal lockern, so befestigen Sie diese bitte mit zusätzlichem Heftpflaster exakt in der ursprünglichen Lage (dem Arzt davon berichten!).
- Falls Sie *Juckreiz* verspüren - dies kommt bei positivem Ausfall der Testung manchmal vor - bitte *nicht kratzen*.
- Die Pflaster werden bei Ihrem 1. Kontrolltermin (Donnerstag) bei uns wieder abgenommen. Bei starken Reaktionen mit *Juckreiz* darf das entsprechende Pflaster vorher ausgeschnitten und *entfernt* werden.
- Alle von uns angebrachten *Markierungen* auf der Haut (Filzstift) dürfen **nicht entfernt** werden, da diese bis zur letzten Kontrolluntersuchung erkennbar sein müssen.
- Manche Substanzen sowie die beim 1. Kontrolltermin auf die Haut angebrachten Filzstiftmarkierungen **können abfärben**. Tragen Sie deshalb während der Testzeit *ältere Wäsche*. Eine mögliche Verfärbung der Haut geht in wenigen Tagen zurück. Ebenso verschwinden Rötungen und Juckreiz, die als Folge der Testung auftreten können, im allgemeinen nach wenigen Tagen. In extrem seltenen Fällen können massive Reaktionen auftreten mit starken Infiltrationen (Hautablösung, tiefer gehende Schwellungen) die möglicherweise narbig abheilen und somit bleibende Hauterscheinungen hinterlassen.
- Bei Ihrem 2. Kontrolltermin am Freitag erfolgt die Beurteilung des Tests durch die Ärztin/den Arzt.

### **Wichtig:**

- Falls Sie vor oder während der Testung Arzneimittel einnehmen müssen oder äußerlich anwenden (Salben, Cremes, Tropfen usw.), so teilen Sie uns dies bitte mit.
- Eine intensive *Sonnenbestrahlung* auch mit künstlicher Strahlung (*Solarium*) sollte –wenn möglich- *vier Wochen vor der Testung nicht* erfolgt sein. Das Testergebnis kann bei schwachen Allergien falsch negativ sein und zwingt zu einer abermaligen Austestung zu einem späteren Zeitpunkt.

Ihre nächsten Termine:

Di.....

Do.....

Fr.....

Zur Kenntnis genommen und

mit dem Test einverstanden: .....

Datum

.....

Unterschrift