



+ Infekttagebuch

Bitte nehmen Sie Ihr Infekttagebuch
zu jedem Arztbesuch mit!

Das Infekttagebuch wurde in Zusammenarbeit
mit der Abteilung für Rheumatologie/Immunologie
des Universitätsklinikums Würzburg erstellt.

Wichtige Kontaktdaten

Meine Daten

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Diagnose

Mein Körpergewicht Meine empfohlene Dosis

Behandlungszentrum

Name des Zentrums

Behandelnder Arzt

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Im Notfall zu benachrichtigen

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Ihr Infekttagebuch

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Ihnen wurde dieses Infekttagebuch ausgehändigt, damit die bei Ihnen auftretenden Erkrankungen ausführlich dokumentiert werden und sich Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt so die Chance bietet, Ihre gesundheitliche Situation angemessen bewerten und Sie optimal behandeln zu können.

Dazu benötigt Ihre Ärztin / Ihr Arzt Ihre Hilfe! Tragen Sie die Daten zu Ihrer jeweiligen Erkrankung gebündelt auf einer Seite ein. Für dieses Tagebuch sind nur Infektionskrankheiten wichtig. Im Besonderen sind dies fieberhafte Erkrankungen, Durchfall oder Husten. Andere Erkrankungen oder Befindlichkeiten (wie etwa Knochenbrüche oder allgemeine Müdigkeit/Erschöpfung) sind in diesem Zusammenhang nicht relevant und sollten nicht eingetragen werden.

Tragen Sie alles so genau wie möglich ein, um Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt einen guten Überblick über Ihre Erkrankungen zu geben. Nehmen Sie dieses Infekttagebuch bitte zu jedem Arztbesuch mit!

Falls Sie sich unsicher sind, schauen Sie sich zunächst das Beispiel auf der nächsten Seite an. Dort sehen Sie, wie die Daten eingetragen werden.

So füllen Sie das Tagebuch aus

Erkrankung:

Bronchitis

Symptom(e):

Gliederschmerzen,
Husten, Fieber

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von 16.08.20 _____
bis 17.08.20 _____

Antibiotikum: ja nein

Name Beispielantibiotikum _____ von 16.08.20 _____ bis 22.08.20 _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum 17.08.20 _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet Hausarzt Dr. Musterarzt
Musterstrasse 1, 98765 Musterstadt

Was wurde untersucht? Blut
Befund erhöhte Entzündungswerte

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____
Befund _____

Notizen: Nach drei Tagen Antibiotikum ging es mir viel besser

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____
Name _____

von _____ bis _____
von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____
bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____
bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____ von _____ bis _____
Name _____ von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____
Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptom(e):

Dauer:

von _____

bis _____

Arbeits- bzw. Schulausfall:

von _____

bis _____

Antibiotikum: ja nein

Name _____

von _____ bis _____

Name _____

von _____ bis _____

Röntgenbild: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Befund _____

Andere/weitere Untersuchungen: ja nein

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Datum _____

Name des Arztes und Praxisanschrift/Fachgebiet _____

Was wurde untersucht? _____

Befund _____

Notizen: _____

Fragen zu Immunglobulinen

Was sind Antikörper und welche Funktion haben sie?

Antikörper sind Eiweiße, die der Körper im Rahmen einer Infektion als Reaktion auf Krankheitserreger bildet. Diese auch als Immunglobuline bezeichneten Moleküle gehören zu den spezifischen Abwehrstoffen des Immunsystems. Sie ermöglichen die Erkennung und Beseitigung der Krankheitserreger.

Was geschieht bei einem Antikörpermangel?

Wenn der Körper Immunglobuline nicht in ausreichendem Maß produzieren kann, kommt es zur Immunschwäche. Da der menschliche Körper täglich zahlreichen Krankheitserregern ausgesetzt ist, führt ein Antikörpermangel zu einer hohen Anfälligkeit für Krankheiten aller Art.

Welche Therapieoptionen gibt es?

Bei einem Antikörpermangel ist eine regelmäßige Substitution (Ersetzen von fehlenden Stoffen) von Immunglobulinen dringend erforderlich. Sie verhindert das häufige Auftreten von Infektionskrankheiten und ermöglicht den Betroffenen dadurch eine verbesserte Lebensqualität und eine Minimierung der Antibiotikaeinnahme.

Wie werden die Substanzen der Immunglobulin-Therapie hergestellt?

Immunglobuline werden aus dem zusammengeführten Blutplasma gesunder Spender gewonnen. Die Plasmen enthalten hochkonzentrierte Antikörper und werden nach einer sorgfältigen Reinigungsprozedur verabreicht.¹

Wie lange wirkt die Immunglobulin-Therapie?

Die Wirkdauer der Präparate ist unterschiedlich. Nur regelmäßige Gaben führen zu ausreichenden Mengen an Antikörpern, die den Körper vor Infektionen schützen. Die Therapieintervalle variieren von mehrmals pro Woche bis zu einmal alle 4 Wochen.²

Wie wird die Immunglobulin-Therapie verabreicht?

Die Substitution von Immunglobulinen kann intravenös oder subkutan erfolgen:

Intravenöse Immunglobuline (IVIG)

Intravenöse Immunglobuline werden per Infusion verabreicht, d. h. sie kommen direkt im Blut an. Die Infusion muss immer unter Aufsicht einer Ärztin / eines Arztes in einer Praxis oder Klinik durchgeführt werden.²

Subkutane Immunglobuline (SCIG)

Subkutane Immunglobuline werden verabreicht, indem sie mithilfe einer Infusionspumpe unter die Haut (subkutan) gespritzt werden, von wo sie nach und nach ins Blut gelangen. Nach einer Einweisung in die Technik der Infusionspumpe kann die Substitution vom Patienten selbst zu Hause durchgeführt werden, wodurch die regelmäßigen Besuche in Praxis oder Klinik entfallen.³

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei der subkutanen Immunglobulin-Therapie?

Wöchentliche subkutane Immunglobulinbehandlung

Bei der wöchentlichen subkutanen Immunglobulinbehandlung werden die Antikörper mithilfe einer Infusionspumpe direkt unter die Haut verabreicht. Bei dieser Therapieform sind meist ein bis zwei Infusionen pro Woche erforderlich, die der Patient selbstständig – nach Einweisung in die Pumpentechnik – zu Hause durchführt. Die Behandlungszeitpunkte können dabei flexibel in den Alltag integriert werden.⁴

Subkutane Immunglobulinbehandlung alle 2 bis 4 Wochen:

Diese innovative subkutane Immunglobulin-Therapie wird ganz individuell in zwei- bis vierwöchentlichen Abständen mit einer Infusionspumpe, genauso wie bei der wöchentlichen subkutanen Therapie, zu Hause durchgeführt.

Hierbei kann eine volle therapeutische Dosis Immunglobulin an ein oder zwei Infusionsstellen bis zu alle vier Wochen subkutan verabreicht werden. Dies wird durch einen Hilfsstoff ermöglicht, der – basierend auf einem natürlichen Prozess im Körper – eine bessere Verteilung der verabreichten Antikörper unter der Haut erlaubt, sodass mehr davon aufgenommen werden können.⁴

Die Substitution von Immunglobulinen bietet eine hochwirksame und gut verträgliche Therapieoption bei Antikörpermangel. Sprechen Sie Ihre Ärztin / Ihren Arzt an, wenn Sie Fragen zu Immunglobulinen und zur Immunglobulin-Therapie haben.

-
1. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V.: Grundlagen der Behandlung mit IVIG, <http://dgrh.de/igbehandlung.html>, letzter Zugriff: 24.03.2017
 2. http://flexikon.doccheck.com/de/Intraven%C3%B6se_Immunglobuline, letzter Zugriff: 24.03.2017
 3. Misbah S et al. Subcutaneous immunoglobulin: opportunities and outlook. Clin Exp Immunol. 2009;158(Suppl 1):51–59
 4. <http://www.ipopi.org/pid-info/list-of-some-immunodeficiencies.html>

Dieses Infekttagebuch dient lediglich Ihrer persönlichen Information. Es sollte nicht zur Diagnose oder Behandlung eines gesundheitlichen Problems oder einer Krankheit eingesetzt werden. Es kann den Arztbesuch nicht ersetzen: Sollten Sie eine umfassende Beratung wünschen, suchen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt auf. Vor Gebrauch des Medikaments lesen Sie bitte die Packungsbeilage. Beachten Sie auch die Hinweise zur Infusion.



Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
Jägerstraße 27
10117 Berlin
www.takeda.de

