



+ 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

Behandelnde:r Arzt/Ärztin

Adresse

.....

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt/-ärztin

Name, Vorname

Adresse

.....

Telefonnummer

E-Mail

Im Notfall zu benachrichtigen

Name, Vorname

Adresse

.....

Telefonnummer

E-Mail

Ihr Infekttagebuch

Sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Patientin,

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

Dazu benötigt Ihr Arzt / Ihre Ärztin 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 Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin 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

Symptome:

Gliederschmerzen, Husten, Fieber

Beginn (Datum): 14.01.25 Dauer: 7 Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: Beispielantibiotikum Einnahmedauer: 7 Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: Hausarzt Dr. Mustermann, Musterstr.1,
98765 Musterstadt

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: Ja (Blut)

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: 4 Tage

Notizen: Nach drei Tagen Antibiotikum ging es mir viel besser

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

Notizen: _____

Erkrankung:

Symptome:

Beginn (Datum): _____ Dauer: _____ Tage

Antibiotikum: nein ja

Name: _____ Einnahmedauer: _____ Tage

Name: _____

Arztkontakte: Hausarzt/-ärztin Facharzt/-ärztin

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Röntgenbild: nein ja

Weitere Untersuchungen: _____

Arbeits- bzw. Schulausfall: nein ja

Dauer: _____ Tage

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:innen gewonnen. Die Plasmen enthalten hochkonzentrierte Antikörper und werden nach einer sorgfältigen Reinigungsprozedur verabreicht.

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.

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 ärztlicher Aufsicht in einer Praxis oder Klinik durchgeführt werden.

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 von dem Patienten / der Patientin selbst zu Hause durchgeführt werden, wodurch die regelmäßigen Besuche in Praxis oder Klinik entfallen.

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

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 / Ihre behandelnde Ärztin auf. Vor Gebrauch des Medikaments lesen Sie bitte die Packungsbeilage. Beachten Sie auch die Hinweise zur Infusion.



Informationen rund um Immundefekte
und Materialien zum Bestellen und Downloaden
finden Sie auf www.immundefekt.com.



Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
Potsdamer Str. 125 • 10783 Berlin
www.takeda.de

© 2024 Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG. Alle Rechte vorbehalten.
Takeda und  sind eingetragene Marken der Takeda Pharmaceutical Company Limited.
EXA/DE//0484_TPS4007_12.2024

