

Zur Übergabe durch den Arzt:

Schriftliche Information und Einverständniserklärung zur Impfung mit Gynatren®

Praxis-Stempel

Immer wieder Scheideninfektionen?

**Liebe Patientin,
dieses Schreiben dient Ihrer und meiner Information. Bitte lesen Sie es vor unserem Aufklärungsgespräch und beantworten Sie bitte die Fragen auf der Rückseite.**

Sie interessieren sich für eine Impfung mit Gynatren®, die bei der überwiegenden Mehrzahl unserer Patientinnen erfolgreich bei rezidivierenden (wiederkehrenden) bakteriellen Scheidenentzündungen und bei Infektionen mit Trichomonaden angewendet wird.

Gynatren® enthält 8 verschiedene inaktivierte (abgetötete) Laktobazillus-Stämme (synonym: Milchsäurebakterien). Die Bakterien haben jedoch im Unterschied zur normalen, erwünschten Scheidenflora die Fähigkeit verloren, das Scheidenmilieu günstig zu beeinflussen. Derartig veränderte (aberrierende) Laktobazillen kommen bei Frauen mit rezidivierenden Scheideninfektionen gehäuft vor und können Biofilme mit krankmachenden Mikroorganismen bilden. Gegen diese unnützen Laktobazillen richtet sich die Immunisierung mit Gynatren®. In Folge dessen erhalten funktionsfähige Laktobazillen wieder einen ausreichenden Lebensraum in der Scheide, können sich vermehren und Wasserstoffperoxid zur Bakterienabwehr sowie Milchsäure für den sauren pH-Wert bilden. Darüber hinaus gibt es offenbar eine direkte immunologische Reaktion der Gynatren®-Antikörper gegen Krankheitserreger in der Scheide und eine unspezifische Immunstimulation.

Zur Impfung mit Gynatren® gehören drei Injektionen im Abstand von 2 Wochen (Grundimmunisierung). Diese werden in den Oberarm-Muskel verabreicht. Ungefähr 6 bis 12 Monate nach der Grundimmunisierung erfolgt eine Auffrischimpfung (Boosterung) mit einer Injektion Booster-Gynatren®.

Wie bei jeder Impfung kann es zu Impfreaktionen kommen. Am häufigsten treten örtliche Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Rötung, Schwellung, Spannungsgefühl, Schmerzen) und allgemeine Impfreaktionen in Form von grippeähnlichen Symptomen (z. B. Gliederschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Abgeschlagenheit) auf. Diese sind im Allgemeinen als Auseinandersetzung des Körpers mit dem Impfstoff zu verstehen und klingen gewöhnlich innerhalb weniger Tage folgenlos ab. Andere oder schwerwiegende Nebenwirkungen treten selten auf. **Bitte beachten Sie dazu die Packungsbeilage. Sollten bei Ihnen Probleme jedweder Art auftreten, informieren Sie uns bitte. Eine symptomatische Therapie (Kühlung, Medikamente) kann die Beschwerden lindern.**

Was Sie noch wissen sollten:

- Schonen Sie sich am Impftag wenn möglich ein wenig. Ihre Leistungsfähigkeit kann durch die Impfreaktion vorübergehend beeinträchtigt sein.
- Wenn es in der Zeit nach den Impfungen noch zu Scheideninfektionen kommen sollte, werden diese so behandelt wie vor der Impfung.

Die Beantwortung der Fragen auf der nächsten Seite hilft uns zu entscheiden, ob eine Immunisierung mit Gynatren® für Sie in Betracht kommt.

Zur Übergabe durch den Arzt:

Schriftliche Information und Einverständniserklärung zur Impfung mit Gynatren®

Lesen Sie diese Fragen bitte genau durch und kreuzen Sie die Antworten mit Ja oder Nein an. Fragen, die Sie nicht verstehen, lassen Sie bitte unbeantwortet. Wir besprechen diese bei unserem Aufklärungsgespräch.

FRAGE	ANTWORT	
	JA	NEIN
Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit für einen der folgenden Impfstoff-Bestandteile bekannt? Phenol, Bakterienbestandteile (Antigene von Laktobazillen)		
Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung ? (z.B. Hashimoto Thyreoiditis, Rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie, Multiple Sklerose, Lupus erythematodes, Diabetes mellitus Typ 1)		
Ist bei Ihnen eine andere Erkrankung des Immunsystems festgestellt worden? (z.B. angeborene Störungen der Immunabwehr, bösartige Erkrankungen, Immunkomplexerkrankung, schwere Allergien, HIV-Infektion)		
Erhalten Sie eine Therapie, die das Immunsystem hemmt ? (z.B. Glukokortikoide, Chemotherapie, Zytostatika, Strahlentherapie, Immunsuppressiva)		
Ist eine immunproliferative Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert worden? (z.B. Lymphom, Hodgkin-Krankheit, Leukämie, Plasmozytom)		
Ist eine Erkrankung des blutbildenden Systems bei Ihnen bekannt? (z.B. akute Leukose)		
Leiden Sie an aktiver Tuberkulose ?		
Leiden Sie an einer schweren Herzerkrankung ?		
Besteht eine schwere Nierenerkrankung ?		
Erhalten Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen ? (Phenprocoumon: z.B. Marcumar, Warfarin oder direkte Gerinnungshemmer: z.B. Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban)		
Leiden Sie zurzeit unter einer fieberhaften Krankheit ? (z.B. Erkältung, Grippe, Bronchitis, Mandelentzündung, Durchfallerkrankung)		
Sind Sie zurzeit schwanger oder stillend ?		

Einverständniserklärung:

Die Kosten der Immunisierung mit Gynatren® werden meist nicht von den Krankenversicherungen übernommen und sind somit selbst zu tragen.

Ich, _____ (Vorname) _____ (Name),

geb. am: _____ (Datum),

möchte, nachdem ich ausreichend über den Nutzen und die Risiken der Immunisierung aufgeklärt wurde, mit Gynatren® geimpft werden.

Datum, Unterschrift (Patientin)

Datum, Unterschrift (Arzt)