

## **Richtlinien zur Ernährung und Vorbereitung für den H2 - Atemtest**

Bei Ihnen soll eine Untersuchung zur Beurteilung des Dünndarms mit einem Atemtest durchgeführt werden.

**Ihr Termin:** Mo Di Mi Do Fr

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**Dieser Termin ist für Sie reserviert. Bitte kommen Sie pünktlich, oder geben Sie rechtzeitig Bescheid, falls Sie diesen Termin nicht einhalten oder wahrnehmen können !.**

Die bei Ihnen geplante Funktionsprüfung soll dazu beitragen, die Ursachen Ihrer Beschwerden aufspüren.

Das Prinzip des H<sub>2</sub>-Atemtests beruht auf der Bildung von Wasserstoff durch den bakteriellen Abbau eines zugeführten Zuckers im Magen-Darm-Trakt. Wird ein Zucker nicht richtig verdaut oder befinden sich Bakterien im Dünndarm, so wird Wasserstoff gebildet, der über das Blut und über den Lungenkreislauf in die Atemluft gelangt. Die Wasserstoffkonzentration (H<sub>2</sub>) kann mit einem kleinen elektrochemischen Messgerät in der Atemluft gemessen werden.

Je nach verwendetem Zucker können Aussagen zur Milchzuckerunverträglichkeit (**Laktosetest**), Fruchtzuckerunverträglichkeit (**Fruktosetest**), Sorbitunverträglichkeit (**Sorbittest**), einer Keim-/Fehlbesiedlung des Dünndarms (**Glukosetest**) und einer beschleunigten Dünndarmpassage (**Laktulosestest**) gemacht werden.

Zu Beginn der Untersuchung atmen Sie tief über einen Mundstückadapter mit Ventil in einen handlichen Wasserstoff-Monitor, der die Wasserstoffkonzentration (H<sub>2</sub>) bestimmt. Dies ist der Ausgangswert, bei einer Erhöhung der Werte liegen Umstände vor, die mit einer Durchführung des Tests nicht sicher vereinbar sind.

Sie erhalten dann ein Glas Flüssigkeit mit einem gelösten Zucker und sollten es zügig austrinken. Anschließend wird in Zeitabständen von 20 Minuten in der Atemluft (in der letzten Portion!) erneut die Wasserstoffkonzentration gemessen. Sie blasen in das Mundstück (wie bei einer Flöte), bis der letzte Rest Atemluft in das Mundstück gelangt.

Die Untersuchung dauert mindestens **drei** Stunden, da der getrunkene Zucker erst in den Dickdarm gelangen muss. Gelegentlich treten bei Verzögerungen des Transports **auch erst am Nachmittag typische Beschwerden** auf (die Sie aus Ihrem Alltag kennen; Blähungen, Durchfall).

Bitte rufen Sie uns in diesem Fall noch einmal zur Rück-Information an (Tel. 07347-919494) Oder schicken Sie uns einfach eine eMail an: mvzehigastro.info@adk-gmbh.de

**Die Untersuchung kann nur durchgeführt werden, wenn Sie sich korrekt vorbereitet haben (sonst ist bereits der Ausgangswert erhöht !!!):**

### **Bis zu vier Wochen vor der Untersuchung:**

Sie dürfen/sollten in den letzten (mind. !) zwei, bis vier Wochen keine Antibiotika eingenommen haben, oder eine Darmreinigung absolviert haben (z.B. Darmspiegelung oder Darmröntgenuntersuchung).

### **Bis zu drei Tage vor der Untersuchung**

3 Tage vor der Untersuchung sind Medikamente, die die Bewegungsabläufe im Darm hemmen oder fördern (z.B. Imodium, Loperamid, Metoclopramid, Domperidon, Buscopan, etc.), abzusetzen, aber auch säurehemmende Mittel wie Omeprazol, Esomeprazol, Pantoprazol., Pariet und Ranitidin.

**Blatt bitte wenden !!**

### **Am Vortag sollten Sie:**

- **Ab 18:00 Uhr: nichts mehr essen !**
- **Ab 18:00 Uhr nur noch ungesüßten Tee und stilles Wasser (bis 24 Uhr) trinken**
- **ab 18:00 Uhr: nicht mehr rauchen**
- Am Tag vor der Untersuchung sollte die Ernährung **kohlehydratarm** sein (wenig Weißmehlprodukte wie z.B. Nudeln, Toastbrot, Kuchen, möglichst keine Hülsenfrüchte (Bohnen, Linsen, Mais (z.B.)), fein vermahlene Vollkornbrot, (wenig) Vollkornnudeln essen
- Wenig/keine: pure Fruchtsäfte und Limonaden
- Keine Bonbons lutschen oder Kaugummi kauen
- Wenig Rosinen, Müsli mit Trockenfrüchten oder Trockenpflaumen essen
- Allgemein: keine Süßigkeiten mehr essen
- Auf Milch und Milchprodukte verzichten
- Ab 18:00 Uhr: **keinen Alkohol** trinken
- Keine quellenden Abführmittel mehr zu sich nehmen

### **Am Untersuchungsmorgen / -Tag**

Die Zähne sollen am Untersuchungsmorgen nur gründlich mit Wasser (ohne Zahnpasta) geputzt werden, bitte benutzen Sie auch keine Mundspüllösung!

**Am Tag der Untersuchung bitte kein Parfüm, keine alkoholischen Deodorants, oder After-shave benutzen, da das Testgerät hoch empfindlich auf solche Luftveränderungen reagiert.**

**Wichtig: Nichts essen und trinken; keine: Bonbons, Kaugummi, Tabletten; nicht rauchen.**

Der Untersuchungsablauf wird drei Stunden betragen, bringen Sie sich etwas zum Lesen mit

### **Während der Untersuchung**

1. Während der dreistündigen Untersuchung ist körperliche Aktivität zu meiden.
2. Auch während der Untersuchung muss Nikotinkarenz eingehalten werden.
3. Die Einnahme von Speisen und Getränken ist erst möglich, wenn der Test komplett durchgeführt ist (nach ca. 3 Stunden)

### **Eine kleine Hilfe mit erlaubten Nahrungsmitteln am Vortag:**

#### **Getränke:**

Kräuter-Tee, Kaffee, Malz-Kaffee, Gemüse-/ Hühnerbrühe (am besten selbst gekocht), stilles Wasser, Reis- und Haferdrink ohne Zuckerzusatz)

#### **Gemüse (gedünstet, gekocht oder püriert):**

Aubergine, Spinat (kein Rahmspinat), Tomate, Zucchini, Karotte, Spargel, Mangold, Pastinakenm Petersilienwurzel, Rhabarber, Kartoffeln

#### **Obst, etc.:**

Aprikose, Avocado, Banane (höchstens eine am Tag), Mandarine, Papaya, Mandeln, Walnüsse, Haselnüsse (in geriebener Form oder als Mus, keine Erdnüsse), Samen und Kerne, wenig Trockenobst, bzw. –früchte.

#### **Fisch, Fleisch (gekocht oder gegart im Backofen, Dampfgarer), Wurst:**

Magere Sorten, wie z.B. Forelle, Scholle, Seelachs, Seesunge, Kalbfleisch, Puten- /Hähnchenbrust, Tafelspitz (ungepökelt), (Koch-)Schinken, Roastbeef, Putenbrustaufschnitt.

#### **Getreide:**

Weizenmischbrot, fein vermahlene Dinkelbrot/Brötchen.

Der Patientin/dem Patienten  
ausgehändigt am:

➤..... Brennerstraße 1  
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494  
Fax (07347) 919495

## Fragebogen für Patienten (Endoskopie / Proktologie), Seite1 (von 2)

Sehr geehrte(r), liebe(r) Patient(in),  
Bei Ihnen soll entweder eine Magen- oder eine Dickdarmspiegelung, oder eine Enddarmspiegelung / -  
Therapie durchgeführt werden. Bitte beantworten Sie uns zu unserer und Ihrer eigenen Sicherheit  
folgende wichtige Fragen (alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig):

Sind Sie mit der Übersendung eines Arztbriefes an Ihren **Hausarzt**, und  
ggfs. zusätzlich an Ihren **überweisenden Arzt** einverstanden ? **Ja**  **Nein**

Bei einem Kontroll-bedürftigen Untersuchungsbefund: Sind Sie mit einem  
Erinnerungs-Anschreiben zum erforderlichen Zeitpunkt einverstanden ? **Ja**  **Nein**

Nehmen Sie Blutgerinnungs-**hemmende** Medikamente, wie z.B.  **ASS**,  
 **Clopidrogel**, *Iscover, Plavix, Efient*  **Heparin**, *Gingko biloba Extrakte* ? **Ja**  **Nein**

Nehmen Sie andere, Blutgerinnungs-verdünnende Medikamente, z.B.  
*Marcumar, Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, etc.* ? ..... **Ja**  **Nein**

Ist bei Ihnen eine Leberzirrhose bekannt ? **Ja**  **Nein**

Verreisen Sie in den **folgenden 2 Wochen** weiter weg / ins Ausland ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine medikamentöse Therapie wegen erhöhtem Blutdruck ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine Zuckerkrankheit ?  **Insulin-** /  **Metformin-** pflichtig ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine nachgewiesene, ausgeprägte Herzkranzgefäß-Enge ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie einen Herzklappenfehler, oder eine künstliche Herzklappe ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine Nierenfunktions-Schwäche, Niereninsuffizienz ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine nachgewiesene Allergie / Überempfindlichkeit (z.B.  
 **Medikamente**,  **Pflaster**,  **Latex**,  **Sojaweiweiß-Bestandteile**,  
 **Erdnuss**,  **Haselnuss**,  **Hühnereiweiß**;  *etc., was*) ? **Ja**  **Nein**

Besteht  ein Restless legs-Syndrom, oder  ein Krampfanfallsleiden/  
Epilepsie?;  eine COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)? **Ja**  **Nein**

Ist ein  Kunstgelenk (Endoprothese) eingebaut worden  **Knie**  **Hüfte**  
 **re.** /  **li.** ? oder arbeitet Ihr Herz mit einem  Schrittmacher ? **Ja**  **Nein**

Ist ein grüner Star (Glaukom) bekannt ? **Ja**  **Nein**

Bei Männern: vergrößerte Prostata **MIT** Neigung zu Harnverhalt ? ? **Ja**  **Nein**

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. **Hepatitis B, C; AIDS, etc.**) ? **Ja**  **Nein**

Bei Frauen: Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt ? **Ja**  **Nein**

Leiden Sie unter **sehr stark ausgeprägter** Stuhl-Verstopfung ? **Ja**  **Nein**

Bei Frauen im **gebärfähigen** Alter: könnten Sie schwanger sein ? **Ja**  **Nein**

**Bitte beachten Sie auch die Informationen auf der Rückseite.**

Patient(in) : ..... Datum: .....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Der Patientin/dem Patienten  
ausgehändigt am:

## MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim

Facharztpraxis für Innere Medizin & Gastroenterologie & Proktologie  
Dr. med. G. Herold, M. Braun, Dr. med. J. Schwarzbach, & Kollegen

➤.....

Brennerstraße 1  
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494  
Fax (07347) 919495

### Fragebogen für Patienten (Endoskopie / Proktologie), Seite 2 (von 2)

Bitte beantworten Sie uns, ergänzend zur Vorderseite, zu unserer, und vor allem zu **Ihrer eigenen Sicherheit** folgende wichtige Fragen (alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig):

**Wird bei Ihnen augenblicklich eine Chemotherapie durchgeführt ?** Ja  Nein

Schlaf: ist eine  Schlaf-Apnoe bekannt, oder  schnarchen Sie ? Ja  Nein

Gab es bei Operationen/Narkose Probleme ?, *wenn ja welche* ? Ja  Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Ja  Nein

Wenn ja-  < 1x/Wo  1-3x/Wo  3-7x/Wo  täglich

Ist bei Ihnen eine Blutungsneigung / **Störung der Blutgerinnung** bekannt  
?, wenn ja welche: .....

Besteht in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern, Onkeln,  
Tanten) eine Erkrankung mit **vermehrter** Blutungsneigung Ja  Nein

#### **Haben Sie / hatten Sie .... ohne Einnahme von Blutgerinnungs- hemmenden Mitteln !**

Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund (wie Zähne putzen) ? Ja  Nein

Länger / verstärktes Nachbluten nach einer Zahnentfernung / -Ziehen ? Ja  Nein

Gehäuft / verlängert **spontanes** Nasenbluten ?,  
(ohne trockene Luft, Schnupfen oder starkes Schneuzen) Ja  Nein

Länger / verstärkt als 5-10 Minuten Bluten nach Schnittwunden ? Ja  Nein

Für Frauen: ... den Eindruck einer verlängerten Menstruationsblutung ?  
(> 7 Tage) oder sehr häufiges Wechseln von Tampons bzw. Binden ? Ja  Nein

Gelenkeinblutungen,  Blutungen in Weichteile oder Muskel ?  
(ohne ein ausreichend erklärendes Trauma / Unfall ? Ja  Nein

Magen-/Darmblutungen (außer Hämorrhoiden) oder  blutigen Urin ?  
(nicht im Rahmen eines Harnwegs-Infektes) Ja  Nein

verlängerte oder schwere Blutungen rund um Operationen ?  
(z.B. Mandel-OP, Blinddarm-OP, Entbindung) ? Ja  Nein

**Bitte beachten Sie auch die Informationen auf der Vorderseite.**

Bitte vermerken Sie hier noch Größe und aktuelles Gewicht: .....cm; .....kg KG

## Einwilligungserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung  
 von Patientendaten im Sinne von  
 § 73 Abs. 1 b SGB V  
 durch den Haus- / Facharzt

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

### Ich wurde über einen Aushang zum Datenschutz in der Praxis informiert und konnte Rückfragen stellen

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

### Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt anderen Ärzten / Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.
- mein behandelnder Arzt bei meinen anderen Ärzten / Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- die oben genannte Praxis das zur Diagnostik erforderliche, personalisierte Probenmaterial an spezialisierte Einrichtungen zur Untersuchung weiter leitet (z.B. Pathologie, Labor), via Postweg, oder auch mittels Abholservice durch autorisierte Fahrdienste, und von dort Transportverschlüsselte Befundberichte erhält.
- die oben genannte Praxis Informationen an folgende Angehörige weitergibt, sofern deren Identität festgestellt werden konnte. Dies gilt sinngemäß auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen	Telefonnummer	Geburtsdatum und Adresse

### Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen, als Behandlungszwecken, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

\_\_\_\_\_  
 Ihr aktueller Hausarzt / -ärztin

\_\_\_\_\_  
 Praxis-Adresse

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters