

Endoskopischer Laktase Dünndarmbiopsie-Schnelltest

Die **Milchzucker (Laktose) Intoleranz** resultiert aus der Unfähigkeit, Laktose aus Milchprodukten zu verdauen. Als Ursache gilt ein Mangel des Enzyms Laktase, das im Dünndarm produziert wird. Milchzucker (Laktose) findet sich in fast allen Milchprodukten wie z.B. Sahne, Quark, Joghurt, Eis und Käse. Laut Schätzungen leiden 20% der West- und Nordeuropäer, sowie 90% der übrigen Weltbevölkerung an Laktose Intoleranz.

Eine Laktose Intoleranz kann zu Folgenden Beschwerden führen:

- **Aufgeblähter Bauch „Blähungen“ (Meteorismus)**
- **Vermehrter Abgang von Winden (Flatulenz)**
- **Völlegefühl im Bauch mit Krämpfen und Schmerzen**
- **Chronischer Durchfall insbesondere nach dem Essen**

Im Rahmen der **Magenspiegelung** kann jetzt schnell die Laktose Intoleranz diagnostiziert werden. Der von uns angebotene hochsensible und patentierte Test (Medical Instruments Corporation) beruht auf der Analyse einer Biopsieprobe aus dem Dünndarm.

Mit Hilfe von Reagenzien wird durch eine Farbreaktion innerhalb von nur 20 Minuten eine mögliche Unverträglichkeit (Intoleranz) gegenüber Milchzucker nachgewiesen.

Ihre Vorteile des Laktase Dünndarmbiopsie-Schnelltests:

- **Der Schnelltest kann sofort während der Magenspiegelung durchgeführt werden und erspart so weitere aufwändige Tests**
- **Der alternative H-2 Atemtest, an einem neuen Termin, dauert ca. 4 Stunden**

Sie müssen also für einen gesonderten Laktose Atemtest nicht nochmals extra kommen und sparen so viel Zeit.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen jedoch die Mehrkosten für den Dünndarmbiopsie Schnelltest noch nicht. Falls Sie gesetzlich krankenversichert sind und sich für den Test entscheiden, berechnen wir Ihnen für den Mehraufwand **53 Euro*** (reduzierter Satz). Bitten begleiten Sie den Betrag möglichst passend in Bar am Untersuchungstag.

Einverständniserklärung:

Ich wünsche die Durchführung des Dünndarmbiopsie Schnelltests bei der Magenspiegelung. Es ist mir bewusst, dass es sich hierbei um eine Leistung handelt, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen wird. **Ich begleiche die hierfür anfallenden Kosten in Höhe von 53 Euro in bar am Untersuchungstag.**

Nachname: **Vorname:**Geburtsdatum:

Datum:.....**Unterschrift: Patient/in**.....

Datum:.....**Unterschrift: Arzt**.....