

Prävent Centrum  
Wellinghofer Amtstraße 33  
44265 Dortmund

Telefon 0231 29 27 80 – 0  
Fax 0231 29 27 80 – 10  
Email [mail@praevent-centrum.de](mailto:mail@praevent-centrum.de)  
Web [www.praevent-centrum.de](http://www.praevent-centrum.de)

## DMPS-TEST (Untersuchung auf Schwermetallbelastung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Beim **DMPS-Test (Infusion)** handelt sich um einen Test, mit dem die Belastung Ihres Organismus mit Schwermetallen bestimmt werden kann.

DMPS (2,3-Dimercapto-1-propansulfonsäure) ist ein Komplexbildner, der die Schwermetalle Quecksilber, Blei, Cadmium usw. bindet und über die Nieren ausscheidet. Im Urin können so die Mengen vor und nach dem Test bestimmt werden.

### Testdurchführung:

1. Geben Sie bitte eine Urinprobe in einem Kunststoffgefäß den Mitarbeitern der Praxis.
2. Anschließend erhalten Sie eine Kurzinfusion (ca. 10 Minuten).
3. Nach mindestens 45 Minuten benötigen wir eine erneute Urinprobe in einem neuen Kunststoffgefäß.
4. Beide Proben werden an unser Partnerlabor versandt.

Das Ergebnis wird in der Regel nach ca. 7-10 Tagen in einem persönlichen Gesprächstermin mit Ihnen ausführlich besprochen. Die Therapie wird dann entsprechend des Ergebnisses individuell festgelegt.

### Mögliche Nebenwirkungen der DMPS-Behandlung:

Grundsätzlich wurden bisher nur in sehr seltenen Fällen Nebenwirkungen – die immer reversibel, d.h. vorübergehend waren – beobachtet. In der Literatur werden angegeben: metallener oder schwefeliger Geschmack entsprechend der Inhaltsstoffen, leichter Blutdruckabfall, leichte allergische Symptome (v.a. Haut, Übelkeit, Kopfschmerz). Bei Schwangerschaft und auch nur der Möglichkeit einer solchen darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden, da während der Schwangerschaft keine Schwermetalle mobilisiert werden dürfen.

Sie haben noch Fragen? Vereinbaren Sie bitte einen persönlichen Beratungstermin im Prävent Centrum. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Ihr Ärzteteam des Prävent Centrum

**Ich wünsche ausdrücklich die Durchführung des DMPS Test (Infusion).**

**Eine Kopie habe ich erhalten.**

Dortmund, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient (Name in Druckbuchstaben und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Behandelnder Arzt

**Bitte bedenken Sie, dass unter Umständen die Versicherung die Kosten nicht übernimmt!**