

Diagnostik

Anamnese

Fragebogen 1

Allgemeine Angaben

Geburtstag	—
Familienstand (bitte ankreuzen)	
in Partnerschaft / verheiratet	—
getrennt lebend / geschieden	—
alleinstehend und allein wohnend	—
alleinstehend und bei den Eltern wohnend	—
verwitwet	—
Familienstand seit wieviel Jahren	—
Höchster Schulabschluß (bitte ankreuzen)	
ohne	—
Volks-/Hauptschule	—
Mittlere Reife	—
Fachhochschulreife	—
Abitur	—
anderer Schulabschluß (bitte angeben)	_____
keine Angabe	—
Berufsausbildung (bitte ankreuzen)	
ohne	—
Lehre (gewerb., techn., landwirtsch.)	—
Lehre (kaufmännisch)	—
Fachschule (Techniker, Meister)	—
Fachhochschule (Ingenieurschule)	—
Universität, Hochschule	—
sonstiger Abschluß (Freitext)	_____
keine Angabe	—
zur Zeit ausgeübter Beruf	_____
Gewicht (kg)	—
Größe (cm)	—
Nationalität	Deutsch — andere _____
Kriegsteilnehmer	ja — nein —
Anzahl Brüder	—
Anzahl Schwestern	—

Aus welchem Anlaß kommen Sie in die Sprechstunde?

Schadstoff-Belastungen

(wenn Belastung noch andauert, Spalte "bis" leerlassen)

Hatten oder haben Sie Kontakte mit folgenden Substanzen?	Privat/ Beruflich p/b	dauernd/ manchmal d/m	von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Bemerkung
Staub					
Metallstaub	—	—	—/—	—/—	—
Eisen	—	—	—/—	—/—	—
Stahl	—	—	—/—	—/—	—
Edelstahl	—	—	—/—	—/—	—
Chrom	—	—	—/—	—/—	—
Nickel	—	—	—/—	—/—	—
Beryllium	—	—	—/—	—/—	—
Zement	—	—	—/—	—/—	—
Holzstaub					
Buche, Eiche	—	—	—/—	—/—	—
Fichte	—	—	—/—	—/—	—
Edelhölzer	—	—	—/—	—/—	—
exotische Hölzer	—	—	—/—	—/—	—
Mehl	—	—	—/—	—/—	—
sonstige Staubbelastung	—	—	—/—	—/—	—
Ashes in					
Zement	—	—	—/—	—/—	—
Kleidungsstücken	—	—	—/—	—/—	—
Brems-/Kupplungsbelagen	—	—	—/—	—/—	—
Isolierungen, Eternit usw.	—	—	—/—	—/—	—
Fulguritplatten	—	—	—/—	—/—	—
Kohle / Teer					
Teerarbeiten/Straßenbau	—	—	—/—	—/—	—
Carbolineum	—	—	—/—	—/—	—
Pech	—	—	—/—	—/—	—
Bitumen	—	—	—/—	—/—	—
Teeranstrichprodukte	—	—	—/—	—/—	—
sonstige Teerbelastung	—	—	—/—	—/—	—
Strahlen					
Computerbildschirme	—	—	—/—	—/—	—
Fernsehgerät	—	—	—/—	—/—	—
Röntgengeräte	—	—	—/—	—/—	—
UV-Licht/Solarium/Sonne	—	—	—/—	—/—	—
Kunstlicht	—	—	—/—	—/—	—
sonstige Strahlenbelastung	—	—	—/—	—/—	—
Falls Sie Strahlenbelastungen ausgesetzt sind, notieren Sie bitte in der Spalte Bemerkungen die Zahl der Stunden pro Woche					
Metalle					
Blei	—	—	—/—	—/—	—
Cadmium	—	—	—/—	—/—	—
Quecksilber	—	—	—/—	—/—	—
Batterien, Akkumulatoren	—	—	—/—	—/—	—
Farben, Lacke	—	—	—/—	—/—	—
Rattengift	—	—	—/—	—/—	—
Ni/Cd Metallurgie	—	—	—/—	—/—	—
Amalgam	—	—	—/—	—/—	—
Sonstige Metalle	—	—	—/—	—/—	—

Hatten oder haben Sie Kontakt mit folgenden Substanzen?	Privat/ Beruflich p/b	dauernd/ manchmal d/m	von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Bemerkung
<i>Plastik / Kunststoffe</i>					
Folien für Lebensmittel	—	—	—/—	—/—	_____
Plastikdosen für Lebensmittel	—	—	—/—	—/—	_____
Milchdosen	—	—	—/—	—/—	_____
Sonstige Kunststoffe	—	—	—/—	—/—	_____
<i>Schädlings-/Unkraut-Bekämpfung</i>					
Schädlingsbekämpfungsmittel	—	—	—/—	—/—	_____
Holzschutzmittel	—	—	—/—	—/—	_____
Unkrautschutzmittel (allgemein).	—	—	—/—	—/—	_____
Unkrautschutzmittel (arsenhaltig)	—	—	—/—	—/—	_____
Mottenkugeln /Nexalotte	—	—	—/—	—/—	_____
Flohalsbänder	—	—	—/—	—/—	_____
Sonstige Giftstoffe	—	—	—/—	—/—	_____
<i>PCB</i>					
Altöl.	—	—	—/—	—/—	_____
Hydraulikflüssigkeiten	—	—	—/—	—/—	_____
Transformatorenflüssigkeiten	—	—	—/—	—/—	_____
Weichmacher f. Kunststoffe	—	—	—/—	—/—	_____
sonstige PCB-haltige Stoffe	—	—	—/—	—/—	_____
<i>Benzol</i>					
Lösungsmittel	—	—	—/—	—/—	_____
Korrosionsschutzmittel	—	—	—/—	—/—	_____
Fixiermittel	—	—	—/—	—/—	_____
Reinigungsmittel	—	—	—/—	—/—	_____
Treibstoffe/Benzin (außer Tanken).	—	—	—/—	—/—	_____
Lackentferner	—	—	—/—	—/—	_____
Metallreiniger	—	—	—/—	—/—	_____
Kohle-/Erdöldestillation	—	—	—/—	—/—	_____
Antiklopfmittel	—	—	—/—	—/—	_____
sonstige benzolhaltige Stoffe	—	—	—/—	—/—	_____
<i>Übrige Stoffe</i>					
Tierhaare / Federn	—	—	—/—	—/—	_____
Emaile	—	—	—/—	—/—	_____
Metallentfettung.	—	—	—/—	—/—	_____
Kopiergeräte.	—	—	—/—	—/—	_____
Friseurpräparate, Kosmetika	—	—	—/—	—/—	_____
Klebstoffe	—	—	—/—	—/—	_____
Laborchemikalien	—	—	—/—	—/—	_____
Schmierstoffe	—	—	—/—	—/—	_____
Chemische Kleider-Reinigung	—	—	—/—	—/—	_____
Lösmittel	—	—	—/—	—/—	_____
Lederbekleidung.	—	—	—/—	—/—	_____
.	—	—	—/—	—/—	_____
.	—	—	—/—	—/—	_____
.	—	—	—/—	—/—	_____
.	—	—	—/—	—/—	_____

Nikotin-Belastung

Rauch-Belastung durch Umgebung

Anzahl der Raucher im selben Raum)	zur Zeit	vor 1–5 Jahren	vor mehr als 5 Jahren
Familie	—	—	—
Arbeitsplatz	—	—	—
Freizeit	—	—	—

Haben Sie mal geraucht? ja — nein—
 Rauchen Sie zur Zeit? ja — nein—

Rauchen, Zeitraum und Art	zur Zeit	vor 1–5 Jahren	vor mehr als 5 Jahren
von Jahr	—	—	—
bis Jahr	—	—	—
Anzahl Zigaretten pro Tag	—	—	—
Filter	ja_ nein_	ja_ nein_	ja_ nein_
Marke	_____	_____	_____
Anzahl Zigarren pro Tag	—	—	—
Anzahl Pfeifen pro Tag	—	—	—

Versuche, das Rauchen aufzuhören	zur Zeit	vor 1–5 Jahren	vor mehr als 5 Jahren
Versuch aufzuhören	ja_ nein_	ja_ nein_	ja_ nein_
Wie lange Erfolg (Wochen)	—	—	—
Aus welchen Gründen aufgehört			
Krankheit / Beschwerden	—	—	—
Rat eines Arztes	—	—	—
Eigener Entschluß, um gesundheitliche Schäden zu vermeiden	—	—	—
Aus finanziellen Gründen	—	—	—
Andere Gründe	—	—	—
Würden Sie gerne aufhören bzw. hätten Sie gerne aufgehört?	ja_ nein_	ja_ nein_	ja_ nein_

Ernährung

Regelmäßig warme Mahlzeiten	täglich	oft	selten	nie
Kantinenessen	täglich	oft	selten	nie
Normalkost	immer	oft	selten	nie
streng vegetarisch	immer	oft	selten	nie
laktovegetarisch (Eier, Milch)	immer	oft	selten	nie
Vollwertkost	immer	oft	selten	nie
spezielle Diät (Art)	_____			

Nahrungsmittel-Verbrauch

(0=selten oder nie, 1=weniger, 3=gleich viel, 4=mehr, 5=sehr viel mehr)

Obst und Gemüse (400 g/Tag)	Konserven	—
	Frisch	—
	Tiefgefroren	—
Fleisch/Wurst (Schnitzel/Tag)	Konserven	—
	Frisch	—
	Tiefgefroren	—
Fisch (500 g/Woche)	Konserven	—
	Frisch	—
	Tiefgefroren	—
Hühnerfleisch (1 Schenkel/Woche)		—
Innereien (1 Leber pro Woche)		—
Sojaprodukte (500 g pro Woche)		—
Milchprodukte (1 Becher Joghurt/Tag)		—
tierische Fette z.B.: Butter, Schmalz (20 g/Tag)		—
pflanzliche Fette z.B.: Öl, Margarine (30 g/Tag)		—
Vollkornbrot (250 g/Tag)		—
Nüsse (50 g/Tag)		—
Schokolade (100 g/Tag)		—
Süßwaren (50 g/Tag)		—
Anzahl Eier/Woche		—
verwenden Sie jodhaltiges Speisesalz?		ja /nein

Flüssigkeits-Aufnahme (durchschnittliche Menge pro Tag)

Milch	— Glas
Kaffee	— Tasse
Cola/coffeinhaltige Getränke	— Glas
Tee (schwarz oder grün)	— Tasse
Tee (Kräuter oder Früchte)	— Tasse
Bier	— Flasche (0,5 Liter)
Wein	— 1/4 Liter-Glas
Spirituosen	— 50 ml Glas
Leitungswasser	— Liter (Nitratgehalt?)
Mineralwasser	— Liter (Nitratgehalt?)
sonstige Flüssigkeitsaufnahme	— Liter

Lebensmittel-Aufbewahrung und Zubereitung

wie oft benutzen Sie:

Mikrowellenherd	täglich	oft	selten	nie
Steingutgeschirr	täglich	oft	selten	nie
Getränke aus Dosen	täglich	oft	selten	nie
Lebensmittel aus Dosen	täglich	oft	selten	nie
Getränke aus Plastikflaschen	täglich	oft	selten	nie
Lebensmittel in Plastikverpackung (auch Folien)	täglich	oft	selten	nie
Getränke aus Glasflaschen	täglich	oft	selten	nie
Chrom-Nickel Töpfe (Chromargan)	täglich	oft	selten	nie

Regelmäßige körperliche und sportliche Belastungen

	Dauer pro Woche	
	Stunden	Art
Beruflich.	—	_____
	—	_____
Privat	—	_____
	—	_____
Sport	—	_____
	—	_____

Sanitär

Nennen Sie die am häufigsten verwendeten

Reinigungsmittel	_____
Waschmittel	_____
Toilettenartikel	_____
Kosmetika	_____

Arbeitsplätze

Auf den folgenden Seiten werden Fragen zu Belastungen am Arbeitsplatz gestellt. In der ersten Spalte tragen Sie bitte die Angaben zum aktuellen Arbeitsplatz ein. Wenn Sie beschäftigungslos sind, bleibt diese Spalte leer.

Da auch Belastungen in der Vergangenheit wichtig sind, tragen Sie bitte in den folgenden Spalten (Nummer 1 bis 4) Angaben zu Ihren früheren Arbeitsplätzen ein. Nr. 1 bedeutet der Arbeitsplatz vor Ihrem jetzigen usw. zurück in die Vergangenheit bis 4.

Beschäftigungszeitraum	Arbeitsplatz zur Zeit	frühere Arbeitsplätze			
		1	2	3	4
Arbeitsbeginn (Monat/Jahr)	1.	—/—	—/—	—/—	—/—
Ausscheiden (Monat/Jahr)		—/—	—/—	—/—	—/—

	Tätigkeit als	Tätigkeitsbeschreibung
zu 2	_____	_____
zu 1	_____	_____
zu 2	_____	_____
zu 3	_____	_____
zu 4	_____	_____

Arbeitsplatz-Beschreibung	zur Zeit	1	2	3	4
Art der Tätigkeit					
sitzend oder	—	—	—	—	—
stehend	—	—	—	—	—
körperlich oder	—	—	—	—	—
gering	—	—	—	—	—
Arbeitsort					
Überwiegend im Freien	—	—	—	—	—
Überwiegend im Innenraum	—	—	—	—	—
Sowohl als auch	—	—	—	—	—
Umfang (Stunden/Tag)	—	—	—	—	—
Arbeitszeit					
Einschicht	—	—	—	—	—

Arbeitsplatz-Beschreibung (Fortsetzung)	zur Zeit	1	2	3	4
Zwischschicht	-	-	-	-	-
Dreischicht	-	-	-	-	-
Wechselschicht	-	-	-	-	-
Halbtagschicht	-	-	-	-	-
Geizzeit, Nachtel	-	-	-	-	-
Normal-Ganztags	-	-	-	-	-
Teilzeit= Normal-Halbtags	-	-	-	-	-
Pausen					
keine	-	-	-	-	-
organisiert	-	-	-	-	-
frei wählbar	-	-	-	-	-
Abdieser	-	-	-	-	-
Springer	-	-	-	-	-
Lernpause VdL	-	-	-	-	-
Arbeitsweise					
selbständig	-	-	-	-	-
Hilfskraft	-	-	-	-	-
Lehrling	-	-	-	-	-
Hilfsband-ungebunden	-	-	-	-	-
Hilfsband-organisiert	-	-	-	-	-
Hilfsband-kontinuierlich	-	-	-	-	-
Einzelarbeit	-	-	-	-	-
Gruppenarbeit	-	-	-	-	-
Mehrstellenarbeit	-	-	-	-	-
Schutzmittel (ja/nein)					
Maske	-	-	-	-	-
Handschuhe	-	-	-	-	-
Schuhwerk	-	-	-	-	-
Kopfschutz	-	-	-	-	-
Gehörschutz	-	-	-	-	-
Schutzkleidung	-	-	-	-	-
sonstige	-	-	-	-	-
Berufsgenossenschaft:					
Bergbau	-	-	-	-	-
Steine und Erden	-	-	-	-	-
Gas und Wasser	-	-	-	-	-
Eisen und Metall	-	-	-	-	-
Feinmechanik und Elektro	-	-	-	-	-
Chemie	-	-	-	-	-
Holz	-	-	-	-	-
Papier und Druck	-	-	-	-	-
Textil und Leder	-	-	-	-	-
Nahrungs- und Genussmittel	-	-	-	-	-
Bau	-	-	-	-	-
Handel und Verwaltung	-	-	-	-	-
Verkehr	-	-	-	-	-
Gesundheitsdienst	-	-	-	-	-
Landwirtschaft	-	-	-	-	-
Verkehrsmittel zur Arbeit					
zu Fuß	-	-	-	-	-
Fahrrad	-	-	-	-	-
Eisenbahn	-	-	-	-	-
Straßenbahn/Tr-Bahn	-	-	-	-	-
Auto	-	-	-	-	-
Motorrad/Moped	-	-	-	-	-
sonstiges	-	-	-	-	-
Arbeitsweg (Minuten/Tag)	-	-	-	-	-
Gesamtfahrzeit (Std./Woche)	-	-	-	-	-

Lage der Arbeitsplätze	zur Zeit	1	2	3	4
PLZ.	—	—	—	—	—
Etage (UG, EG, 1OG, 2OG...)	—	—	—	—	—
Raumgröße (qm)	—	—	—	—	—
Anzahl der Personen im Raum	—	—	—	—	—
Größe des Ortes					
Großstadt Innenstadt	—	—	—	—	—
Großstadt Außenbezirk	—	—	—	—	—
Industriegebiet	—	—	—	—	—
Kleinstadt/Dorf	—	—	—	—	—
Ballungsgebiet (ja/nein)	—	—	—	—	—
Entfernung nächste Großstadt mit mehr als 100 000 Einwohner	—	—	—	—	—
Richtung nächste Großstadt					
West	—	—	—	—	—
Ost	—	—	—	—	—
Süd	—	—	—	—	—
Nord	—	—	—	—	—

Geben Sie bei den folgenden Fragen die Entfernung in km an

99 = nicht bekannt

Umgebung der Arbeitsplätze	zur Zeit	1	2	3	4
Müllverbrennungsanlage	—	—	—	—	—
Chemische Reinigung	—	—	—	—	—
stark befahrene Straße	—	—	—	—	—
landwirtschaftliche Betriebe	—	—	—	—	—
Handwerksbetriebe	—	—	—	—	—
Naherholungsgebiete	—	—	—	—	—
Fluglärm	—	—	—	—	—
Tiefträge	—	—	—	—	—
Flugplatz	—	—	—	—	—
Lärmbelästigung	—	—	—	—	—
Sonstiges	—	—	—	—	—
Bemerkungen zur Umgebung					
zu 1	_____				
zu 2	_____				
zu 3	_____				
zu 4	_____				
zu 5	_____				

Arbeitsplatz: Heizung/Klima	zur Zeit	1	2	3	4
Heizung	—	—	—	—	—
Zentralheizung, Fernwärme	—	—	—	—	—
Gasstrahlenheizung	—	—	—	—	—
sonstige Etagenheizung	—	—	—	—	—

Arbeitsplatz: Heizung/Klima (Fortsetzung)	zur Zeit	1	2	3	4
Ofenheizung	—	—	—	—	—
offener Kamin	—	—	—	—	—
Elektrospeicherheizung	—	—	—	—	—
Brennstoff					
Kohle/Bricket/Koks	—	—	—	—	—
Holz/Torf	—	—	—	—	—
Gas	—	—	—	—	—
Öl	—	—	—	—	—
Strom	—	—	—	—	—
Klimaanlage (ja/nein)	—	—	—	—	—
Belastung durch Hitze (j/n)	—	—	—	—	—
Belastung durch Kälte (j/n)	—	—	—	—	—
Belastung durch Feuchtigkeit (j/n)	—	—	—	—	—

Verwendete Materialien Ungefähre Angaben in qm oder Länge und Breite angeben, z.B. 5x3	zur Zeit	1	2	3	4
Freie Holzflächen (Wand + Decke)	—	—	—	—	—
Sonstige freie Holzflächen	—	—	—	—	—
Davon (1 + 2) sind behandelt	—	—	—	—	—
Holzbalken (lfd. Meter)	—	—	—	—	—
Davon sind behandelt	—	—	—	—	—
Korkverkleidung von Wand/Decke	—	—	—	—	—
Sonat. Wand-/Decken-Verkleidung	—	—	—	—	—
Mittel (womit behandelt)	—	—	—	—	—
wann behandelt (Monat/Jahr)	—/—	—/—	—/—	—/—	—/—
Fußboden					
Teppich lose verlegt	—	—	—	—	—
Teppich fest verklebt	—	—	—	—	—
Woll-Teppich	—	—	—	—	—
Holzbohlen	—	—	—	—	—
Korkbelag	—	—	—	—	—
Parkett	—	—	—	—	—
Kunststoff	—	—	—	—	—
Stein	—	—	—	—	—

Art und Alter der Einrichtung (nur ganz grobe Angaben erforderlich)	zur Zeit	1	2	3	4
Anzahl Kunststoffmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (unbehandelt)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (behandelt)	—	—	—	—	—
vor wieviel Jahren behandelt	—	—	—	—	—
Anzahl Holzmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—

Hinweise auf Schadstoff-Belastung
 Bitte geben Sie, falls zutreffend,
 das Datum der ersten Beobachtung
 im Format Monat/Jahr an

zur Zeit

1

2

3

4

Insektensterben	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__
Pflanzensterben	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__
Tiersterben	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__

sonstige Auffälligkeiten:

zur Zeit	_____	ab	__/__
zu 1:	_____	ab	__/__
zu 2:	_____	ab	__/__
zu 3:	_____	ab	__/__
zu 4:	_____	ab	__/__

Wohnungen

Auf den folgenden Seiten werden Fragen zu Belastungen am Wohnort und innerhalb der Wohnung gestellt. In der ersten Spalte tragen Sie bitte die Angaben zur aktuellen Wohnung ein.

Da auch Belastungen in der Vergangenheit wichtig sind, tragen Sie bitte in den folgenden Spalten (Nummer 1 bis 4) Angaben zu Ihren früheren Wohnungen ein, wobei 1 die Wohnung vor Ihrer jetzigen betrifft und Sie von da aus weiter zurückrechnen.

Wohnungen-Zeitraum	zur Zeit	frühere Wohnungen			
		1	2	3	4
Einzug (Monat/Jahr)	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__
Auszug (Monat/Jahr)		__/__	__/__	__/__	__/__

Lage der Wohnungen	zur Zeit	1	2	3	4
Gebäude-Bauweise					
Beton/Hohlblock	—	—	—	—	—
Bauweise	—	—	—	—	—
Holz	—	—	—	—	—
Fachwerk	—	—	—	—	—
Gebäudehöhe					
nur Erdgeschoß	—	—	—	—	—
2-geschosig	—	—	—	—	—
bis zu 5 Stockwerke	—	—	—	—	—
mehr als 5 Stockwerke	—	—	—	—	—
PLZ	—	—	—	—	—
Etage (UG, EG, 1OG, 2OG)	—	—	—	—	—
Gartenbenutzung (ja/nein)	—	—	—	—	—
Raumgröße (qm)	—	—	—	—	—
Anzahl Personen im Raum	—	—	—	—	—
Größe des Ortes					
Großstadt Innenstadt	—	—	—	—	—
Großstadt Außenbezirk	—	—	—	—	—
Industriegebiet	—	—	—	—	—
Kleinstadt/Dorf	—	—	—	—	—
Ballungsgebiet (ja/nein)	—	—	—	—	—

Lage der Wohnungen (Fortsetzung)	zur Zeit	1	2	3	4
Entfernung nächste Großstadt mit mehr als 100 000 Einwohner	—	—	—	—	—
Richtung nächste Großstadt					
West	—	—	—	—	—
Ost	—	—	—	—	—
Süd	—	—	—	—	—
Nord	—	—	—	—	—

Umgebung der Wohnung	zur Zeit	1	2	3	4
Geben Sie bei den folgenden Fragen die Entfernung in km an 99 = nicht bekannt					
Müllverbrennungsanlage	—	—	—	—	—
Chemische Reinigung	—	—	—	—	—
stark befahrene Straße	—	—	—	—	—
landwirtschaftliche Betriebe	—	—	—	—	—
Handwerkbetriebe	—	—	—	—	—
Naherholungsgebiete	—	—	—	—	—
Fluglärm	—	—	—	—	—
Tiefflüge	—	—	—	—	—
Flugplatz	—	—	—	—	—
Lärmbelastung	—	—	—	—	—
Sonstiges	—	—	—	—	—
Bemerkungen zur Umgebung					
zu 1	_____				
zu 2	_____				
zu 3	_____				
zu 4	_____				
zu 5	_____				

Wasserversorgung	zur Zeit	1	2	3	4
Wasserenthärtung, zentral					
1: ja	—	—	—	—	—
2: nein	—	—	—	—	—
3: unbekannt	—	—	—	—	—
Wasserenthärtung Art					
1: Phosphatierung	—	—	—	—	—
2: Ionenaustauscher	—	—	—	—	—
3: unbekannt	—	—	—	—	—
Wasserenthärtung, selbst (Britta)	—	—	—	—	—
Rohre (Alter in Jahren, 0 = nicht vorhanden, 99 = Alter unbekannt)					
Blei	—	—	—	—	—
Kupfer	—	—	—	—	—
Kunststoff	—	—	—	—	—
verzinkte Stahlrohre	—	—	—	—	—
Herd					
Elektro	—	—	—	—	—
Mikrowellen	—	—	—	—	—
Gas	—	—	—	—	—
Kohle	—	—	—	—	—

Hinweise auf Schadstoff-Belastung	zur Zeit	1	2	3	4
Insektensterben	—/—	—/—	—/—	—/—	—/—
Pflanzensterben	—/—	—/—	—/—	—/—	—/—
Tiersterben	—/—	—/—	—/—	—/—	—/—
sonstige Auffälligkeiten:					
zur Zeit:	_____			ab	—/—
zu 1:	_____			ab	—/—
zu 2:	_____			ab	—/—
zu 3:	_____			ab	—/—
zu 4:	_____			ab	—/—

Bitte geben Sie, falls zutreffend, das Datum der 1. Beobachtung im Format Monat/Jahr an

Wohnzimmer

Alle Fragen auf dieser Seite beziehen sich auf das Wohnzimmer

Heizung, Klima	zur Zeit	1	2	3	4
Aufenthalt pro Tag (ca. Stunden)	—	—	—	—	—
Heizung					
Zentralheizung, Fernwärme	—	—	—	—	—
Gasofenheizung	—	—	—	—	—
sonstige Ofenheizung	—	—	—	—	—
Ofenheizung	—	—	—	—	—
offener Kamin	—	—	—	—	—
Elektrospeicherheizung	—	—	—	—	—
Brennstoff					
Kohle/Brikett/Koks	—	—	—	—	—
Holz/Torf	—	—	—	—	—
Gas	—	—	—	—	—
Öl	—	—	—	—	—
Strom	—	—	—	—	—
Klimaanlage (ja/nein)	—	—	—	—	—
Ist das Wohnzimmer besonders					
heiß (j/n)	—	—	—	—	—
kalt (j/n)	—	—	—	—	—
leucht (j/n)	—	—	—	—	—

Verwendete Materialien	zur Zeit	1	2	3	4
Ungefähre Angaben in qm oder Länge und Breite angeben, z.B. 5x3					
Freie Holzflächen (Wand + Decke)	—	—	—	—	—
Sonstige freie Holzflächen	—	—	—	—	—
Davon (1 + 2) sind behandelt	—	—	—	—	—
Holzbalken (lfd. Meter)	—	—	—	—	—
Davon sind behandelt	—	—	—	—	—
Korkverkleidung von Wand/Decke	—	—	—	—	—
Sonst. Wand-/Decken-Verkleidung	—	—	—	—	—
Mittel (womit behandelt)	—	—	—	—	—
wann behandelt/angebracht	—/—	—/—	—/—	—/—	—/—
Fußböden					
Teppich lose verlegt	—	—	—	—	—
Teppich fest verklebt	—	—	—	—	—

Verwendete Materialien Ungefähre Angaben in qm oder Länge und Breite angeben, z.B. 5x3	zur Zeit	1	2	3	4
Woll-Teppich	—	—	—	—	—
Holzboden	—	—	—	—	—
Korkbelag	—	—	—	—	—
Parkett	—	—	—	—	—
Kunststoff	—	—	—	—	—
Stein	—	—	—	—	—

Art und Alter der Einrichtung (nur grobe Angaben)	zur Zeit	1	2	3	4
Anzahl Kunststoffmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Anzahl Ledermöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (unbehandelt)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (behandelt)	—	—	—	—	—
vor wieviel Jahren behandelt	—	—	—	—	—
Anzahl Holzmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—

Küche

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Küche

Heizung/Klima	zur Zeit	1	2	3	4
Aufenthalt pro Tag (ca. Stunden)	—	—	—	—	—
Heizung					
Zentralheizung, Fernwärme.	—	—	—	—	—
Gasstrahlenheizung.	—	—	—	—	—
sonstige Estrichheizung	—	—	—	—	—
Ofenheizung	—	—	—	—	—
offener Kamin.	—	—	—	—	—
Elektrospeicherheizung	—	—	—	—	—
Brennstoff					
Kohle/Brikett/Koks	—	—	—	—	—
Holz/Torf.	—	—	—	—	—
Gas	—	—	—	—	—
Öl.	—	—	—	—	—
Strom	—	—	—	—	—
Klimaanlage (ja/nein)	—	—	—	—	—
Ist die Küche besonders					
heiß (j/n)	—	—	—	—	—
kalt (j/n).	—	—	—	—	—
feucht (j/n)	—	—	—	—	—

Verwendete Materialien	zur Zeit	1	2	3	4
Ungefähre Angaben in qm oder Länge und Breite angeben, z.B. 5x3					
Freie Holzflächen (Wand + Decke)	—	—	—	—	—
Sonstige freie Holzflächen.	—	—	—	—	—
Davon (1+2) sind behandelt.	—	—	—	—	—

Verwendete Materialien (Fortsetzung)	zur Zeit	1	2	3	4
Holz balken (lfd. Meter)	—	—	—	—	—
Davon und behandelt	—	—	—	—	—
Korkverkleidung von Wand/Decke	—	—	—	—	—
Sonst. Wand-/Decken-Verkleidung	—	—	—	—	—
Mittel (womit behandelt)	—	—	—	—	—
wann behandelt / angebracht	—/—	—/—	—/—	—/—	—/—
Fußboden					
Teppich lose verlegt	—	—	—	—	—
Teppich fest verklebt	—	—	—	—	—
Woll-Teppich	—	—	—	—	—
Holzbohlen	—	—	—	—	—
Korkbelag	—	—	—	—	—
Parkett	—	—	—	—	—
Kunststoff	—	—	—	—	—
Stein	—	—	—	—	—

Art und Alter der Einrichtung	zur Zeit	1	2	3	4
Anzahl Kunststoffmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Anzahl Ledermöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (unbehandelt)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (behandelt)	—	—	—	—	—
vor wieviel Jahren behandelt	—	—	—	—	—
Anzahl Holzmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—

Schlafzimmer

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Schlafzimmer

Heizung/Klima	zur Zeit	1	2	3	4
Aufenthalt pro Tag (ca. Stunden)	—	—	—	—	—
Heizung					
Zentralheizung, Fernwärme	—	—	—	—	—
Gasheizung	—	—	—	—	—
sonstige Estrichheizung	—	—	—	—	—
Ofenheizung	—	—	—	—	—
offener Kamin	—	—	—	—	—
Elektronischerheizung	—	—	—	—	—
Brennstoff					
Kohle/Briquet/Koks	—	—	—	—	—
Holz/Torf	—	—	—	—	—
Gas	—	—	—	—	—
Öl	—	—	—	—	—
Strom	—	—	—	—	—
Klimaanlage (ja/nein)	—	—	—	—	—
Ist das Schlafzimmer besonders					
heiß (j/n)	—	—	—	—	—
kalt (j/n)	—	—	—	—	—
feucht (j/n)	—	—	—	—	—

Verwendete Materialien	zur Zeit	1	2	3	4
Ungefähre Angaben in qm oder Länge und Breite angeben, z.B. 5x3					
Freie Holzflächen (Wand + Decke)	—	—	—	—	—
Sonstige freie Holzflächen	—	—	—	—	—
Davon (1 + 2) sind behandelt.	—	—	—	—	—
Holzbalken (lfd. Meter)	—	—	—	—	—
Davon sind behandelt	—	—	—	—	—
Korkverkleidung von Wand/Decke	—	—	—	—	—
Sonst. Wand-/Decken-Verkleidung	—	—	—	—	—
Mittel (womit behandelt)	—	—	—	—	—
wann behandelt /angebracht.	—/—	—/—	—/—	—/—	—/—
Fußboden					
Teppich lose verlegt	—	—	—	—	—
Teppich fest verklebt	—	—	—	—	—
Woll-Teppich	—	—	—	—	—
Holzboden	—	—	—	—	—
Korkbelag	—	—	—	—	—
Parkett	—	—	—	—	—
Kunststoff	—	—	—	—	—
Stein	—	—	—	—	—

Art und Alter der Einrichtung	zur Zeit	1	2	3	4
(nur grobe Angaben)					
Anzahl Kunststoffmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Anzahl Ledermöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (unbehandelt)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (behandelt)	—	—	—	—	—
vor wieviel Jahren behandelt.	—	—	—	—	—
Anzahl Holzmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—

Nachfolgend können Sie Angaben zu Zimmern außer Küche, Wohn- oder Schlafzimmer machen. Beispielsweise Arbeitszimmer oder Hobbyraum

Alle nachfolgenden Fragen beziehen sich auf

Heizung/Klima	zur Zeit	1	2	3	4
Aufenthalt pro Tag (ca. Stunden) . . .	—	—	—	—	—
Heizung					
Zentralheizung, Fernwärme	—	—	—	—	—
Gasstrahlenheizung	—	—	—	—	—
sonstige Strahlenheizung	—	—	—	—	—
Ofenheizung	—	—	—	—	—
offener Kamin	—	—	—	—	—
Elektropeicherheizung	—	—	—	—	—
Brennstoff					
Kohle/Brikett/Koks	—	—	—	—	—
Holz/Torf	—	—	—	—	—
Gas	—	—	—	—	—

Heizung/Klima (Fortsetzung)	zur Zeit	1	2	3	4
Öl	—	—	—	—	—
Strom	—	—	—	—	—
Klimaanlage (ja/nein)	—	—	—	—	—
ist das					
besonders:					
heiß (j/n)	—	—	—	—	—
kalt (j/n)	—	—	—	—	—
feucht (j/n)	—	—	—	—	—

Verwendete Materialien (ca. qm oder Länge und Breite)	zur Zeit	1	2	3	4
Freie Holzflächen (Wand + Decke)	—	—	—	—	—
Sonstige freie Holzflächen	—	—	—	—	—
Davon (1 + 2) und behandelt	—	—	—	—	—
Holzbalken (lfd. Meter)	—	—	—	—	—
Davon und behandelt	—	—	—	—	—
Korkverkleidung von Wand/Decke	—	—	—	—	—
Sonst. Wand-/Decken-Verkleidung	—	—	—	—	—
Mittel (womit behandelt)	—	—	—	—	—
wenn behandelt / angebracht	—/—	—/—	—/—	—/—	—/—
Fußboden					
Teppich lose verlegt	—	—	—	—	—
Teppich fest verklebt	—	—	—	—	—
Woll-Teppich	—	—	—	—	—
Holzboden	—	—	—	—	—
Korkbelag	—	—	—	—	—
Parkett	—	—	—	—	—
Kunststoff	—	—	—	—	—
Stein	—	—	—	—	—

Art und Alter der Einrichtung (nur grobe Angaben)	zur Zeit	1	2	3	4
Anzahl Kunststoffmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Anzahl Ledermöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (unbehandelt)	—	—	—	—	—
Antike Möbel (behandelt)	—	—	—	—	—
vor wieviel Jahren behandelt	—	—	—	—	—
Anzahl Holzmöbel	—	—	—	—	—
Alter (von bis)	—	—	—	—	—

Fragebogen 2

1.	Objekt (Ein- oder Mehrfamilienhaus, 1-, 2-, 3-, 4-Zi.-Wohnung, Schule, Kindergarten, Wohnwagen, Arbeitsplatz usw.)
2.	Anschrift, Stockwerk
3.	Lage und Umgebung (verkehrsreiche Straße, ruhige Straße, Waldrand, Feldrand, Industrie- oder Gewerbebetriebe in der Nähe, welche?)
4.	Bauweise, Baujahr (Ziegel/Beton/Kalksandstein/Gasbeton, Holz; Fertighaus: Hersteller, Typ)
5.	Innenausbau – Innenwände, Böden, Decken, Türen, Fenster; Anstriche
5.1	Innenwände
5.2	Böden (Unterbau, Belag)
5.3	Decken (Beton, Holzbalkendecke, abgehängte Decke, Schallschutzdecke; Tapete, Anstrich, Holzverkleidung Vollholz/Presspan)
5.4	Türen (Vollholz, Tischlerplatte, Röhrenspan; Holzfurnier, Kunststoffbeschichtung, Lackierung)
5.5	Fenster (Holz el/neu, lackert/lackiert; Kunststoff; Aluminium; Schallschutzfenster; Gummidichtlippen)
6.	Wurden nachträgliche Innenausbauten oder Sanierungs- bzw. Renovierungsarbeiten durchgeführt?
6.1	Welche Räume und Arbeiten, wann?
6.2	Eigenarbeit oder Handwerksbetrieb (Firma und Anschrift)
7.	Heizung/Lüftung/Klima
7.1	Zentralheizung (Etagenheizung: Öl/Erdgas/Kohle/Holz/Fernheizung)
7.2	Einzelofenheizung: Öl/Erdgas/Kohle/Holz
7.3	Elektrospeicherheizung: Leistung, Fabrikat, Typ, Baujahr
7.4	Lüftungs- oder Klimaanlage
7.5	Kochen: mit Strom/Erdgas/Flüssiggas

9. Haben Sie Verdacht auf bestimmte Schadstoffe?

10. Sind Geruchsbelästigungen vorhanden?

11. Haben Sie bei sich, Angehörigen oder Mitbewohnern Veränderungen des Gesundheitszustandes festgestellt?

11.1 Seit wann?

11.2 Welche?

11.3 Liegen ärztliche Befunde vor?

12. Angaben zum Arbeitsplatz

12.1 Beruf bzw. Tätigkeit (evtl. auch frühere)

12.2 Arbeitsmittel

12.3 Umgang mit gefährlichen Stoffen

12.4 Berufskrankheiten

Bearbeitungsmerkmale:

Fragebogen 3

0. Ausfülldatum: _____

1. Personalangaben des Patienten

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____

ständige Adresse

Straße: _____

Land/PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

2. ausgeübter Beruf: _____

3. Überweisender Arzt: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Bitte geben Sie die in den letzten Wochen bis Monaten durchgeführten ärztlichen Behandlungen bzw. spezielle Labordiagnostik und Schadstoffanalytik an.

Ärztliche Behandlungen

wegen:

1. _____

2. _____

3. _____

Arztadresse

bei Hr./Fr. Dr. _____

bei Hr./Fr. Dr. _____

bei Hr./Fr. Dr. _____

Labor- und Schadstoffanalytiken

Was wurde gemessen?

1. _____

2. _____

3. _____

Welches Labor/Institut?

in _____

in _____

in _____

Kur-/Erholungs-/Sanatoriumsaufenthalte

Wann?

1. _____

2. _____

Wo?

Leitanamnese

1. Veränderung im Allgemeinbefinden

freier Platz für weitere Angaben und Details

- keine
- wenn ja,
 - beeinträchtigt
(Schlafstörungen,
Leistungsverlust)
 - erheblich beeinträchtigt
(z.T. bettlägerig)
 - z.Z. Besserung/Erholung
 - bin unsicher

2. chronische Müdigkeit

- keine
- zunehmend
- in Intervallen
- abhängig vom Wochentag
- bin unsicher

3. Schlafstörungen

- keine
- Einschlaf gestört
- Durchschlaf gestört
- wechselnd
- bin unsicher

4. Appetitstörungen

- keine
- Appetit vermindert
- Appetit stark gesteigert
- Appetit stark wechselnd
- bin unsicher

5. Hitzeempfindlichkeit

- normal
- gesteigert
- vermindert
- wechselnd
- bin unsicher

6. Kälteempfindlichkeit

- normal
- gesteigert
- vermindert
- wechselnd
- bin unsicher

7. Ruchstörung

(wie wann? Auslöser? anhaltende Störung?)

- keine
- besonders geruchsempfindlich
- Ruchstörung: In welchem Sinne?
- Ruchverlust
- bin unsicher

8. Veränderung im Durstgefühl

- normal
- gesteigert
- schwach
- bin unsicher

9. Hitzegefühl/Hitzewallungen

(wie oft? wann auftretend? anhaltend?)

- kein
- in großen Abständen
- regelmäßig
- Fiebergefühl
- bin unsicher

10. Kopfschmerzen

(besondere Auslöser? wie häufig auftretend? anhaltend? wann besonders häufig?)

- keine („normal“ selten, wieviele Stunden?)
- anhaltend/regelmäßig
- periodisch wiederkehrend (in welchen Abständen?)
- migränearrig
- bin unsicher

11. Gliederschmerzen

(anhaltend? wiederkehrend? wie oft? wie lange?)

- keine
- anhaltend

periodisch wiederkehrend
(in welchen Abständen?)

bin unsicher

12. Muskelschmerzen:

keine

Krampfneigung

z.T. plötzlicher
Kraftverlust

Krabbeln/Taubheitsgefühl
auch in der Haut

Schmerzen
(beim Berühren oder
spontan)

bin unsicher

13. Schwindel-/Gleichgewichtstörungen (anhaltend? wann? wie häufig auftretend? kompletter Ausfall des Schens?)

keine

anhaltend

periodisch wiederkehrend

plötzlich auftretend

14. Verschlimmerung des Krankheitsempfindens (anhaltend? ggf. begrenzt auf welchen Zeitraum?)

dauernd bis jetzt

unerwartete, wieder-
kehrende Verschlimmerungen

wetterabhängig

belastungsabhängig
(Stress/Aufregung)

nur schadstoffabhängig

15. Sport-/Bewegungsausgleich (welche Sportarten? wie häufig?)

keiner

unregelmäßig

regelmäßig

16. Alkoholkonsum

(alkohol. Getränke: zum Essen, 1x pro Tag, abends meistens regelmäßig, nur zu Festlichkeiten)

Abstinenz

bei besonderen Anlässen

am Wochenende

regelmäßig, abends
oder zum Essen

17. Rauch/Tabakgenuß

Nichtraucher, schon immer

gerauchte Stückzahl

Exraucher (seit?)

Pfeife (seit ? Jahren)

Zigarren (seit ? Jahren)

Zigaretten (seit ? Jahren)

sonstiges (seit ? Jahren)

18. Getränke

Menge/Tag/Tausend/Liter

Kaffee

Schwarzer Tee

Cola-Getränke

Limonaden

Körperfunktionen

1. Körpergewicht

Ihr Körpergewicht in kg:

im Erwachsenenalter:

bisheriges niedrigstes Körpergewicht:

bisheriges höchstes Körpergewicht:

2. Körpergröße

Ihre Körpergröße in cm:

3. Wasserlassen

seit wann?

- ungestört
- zunehmend häufig
- auch nachts
- gestört (Schmerzen)

4. Stuhlgang

(Veränderungen seit wann? unter welchen Bedingungen auftretend?)

- ungestört
- zeitweise gestört,
Beschwerden beim Stuhlgang
- anhaltend gestört

5. Schweißbildung

(Veränderungen seit wann? unter welchen Bedingungen?)

- normal

- verstärkt _____
- vermindert _____
- bin unsicher _____

In welchen Körperregionen war eine Schweißänderung feststellbar:

6. Benutzen Sie eine Sehhilfe (Brille)?

(seit wann?)

- keine _____
- Lesebrille _____
- Fernbrille _____
- kombinierte Lese-/Fernbrille _____
- Kontaktlinsen _____
- sonstiges _____

7. Tragen Sie eine Hörhilfe?

- keine _____
- rechtes Ohr _____
- linkes Ohr _____

8. Füllungen/Kronen/Brücken

- keine _____

aus:	Zahl	Backenzähne	Schneidezähne
<input type="checkbox"/> Amalgam	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gold	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Keramik	_____	_____	_____

9. Vorerkrankungen

Welche der folgenden Erkrankungen sind bei Ihnen schon aufgetreten bzw. bestehen noch?

In den vorgegebenen Linien rechts können Sie Anmerkungen eintragen, z. B. Dauer und Intensität der Erkrankung.

- Augenleiden _____
- Ohrenleiden _____
- Karies _____
- Zahnfleischerkrankungen _____
- Atemwegserkrankungen (Neigen Sie dazu?) _____
- Heuschnupfen/Allergien _____
- Bronchialasthma _____
- Luftnot bei Belastungen _____
- Herz-Kreislauf-Beschwerden _____
- Schwindel _____
- Gleichgewichtserörungen _____

- hoher Blutdruck _____
- zu niedriger Blutdruck _____
- Zuckerkrankheit _____
- erhöhte Blutzuckerwerte _____
- Magen-Darm-Beschwerden _____
- Darmerkrankungen _____
- Gelbsucht _____
- Lebererkrankungen _____
- Gallenerkrankungen _____
- Harnwegenerkrankungen
(Neigen Sie dazu?) _____
- Thrombosen/Embolien _____
- Krampfadern _____
- Hämorrhoiden _____
- Sehnenentzündungen _____
- Icterus/
Bauchschmerzen _____
- Gelenkrheuma _____
- Gichtkrankheit _____
- Ekzeme/Hautkrankheiten _____
- Hautallergien _____
- nervöse Störungen _____
- Anfälle/Bewusstlosigkeit _____

Hatten Sie Unfälle? Wenn ja, geben Sie bitte an, welcher Art und eventuelle Behandlungen.

- nein _____
- ja _____

Wurden Sie operiert? Wenn ja, geben Sie bitte an, woran und wann Sie operiert wurden (Jahr). Gab es Komplikationen?

- nein _____
- ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ja
- nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen des Medikaments, die Dosis und die Einnahmedauer an:

Medikament	Dosis	Dauer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10. Wohnumfeld

Besitzen Sie Haustiere in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus?

Wenn ja, geben Sie bitte an, seit wann Sie das Tier besitzen und um welche Tierart es sich handelt.

nein

ja

Gibt es Tiere in Ihrem Wohnumfeld, z. B. bei Ihrem Nachbarn oder bei Verwandten, so daß Sie mit diesen Tieren öfter in Kontakt kommen? Wenn ja, geben Sie bitte an, um was für Tiere es sich handelt.

Geben Sie bitte die Zahl der Haushaltsmitglieder an.

insgesamt

davon Erwachsene

davon Kinder

Gibt es Raucher in Ihrem Haushalt oder an Ihrem Arbeitsplatz?

Wenn ja, geben Sie bitte an, wie viele Raucher es sind und wieviel diese rauchen.

Haushalt

Arbeitsplatz

Geben Sie bitte Ihren aktuellen Wohntyp (z. B. 1-2-Familienhaus, Fertighaus, Mehrfamilienhaus, Hochhaus etc.) und die Wohngegend (Großstadt/Wohnbereich, Großstadt/Industrienähe, Vorstadt, Kleinstadt, Dorf, ländlich etc.) an, in der er sich befindet.

Geben Sie eventuelle Wohnprobleme an.

(z. B. zu klein, zugig, zu feucht etc.)

Fragen zum Wohnbereich

0. **Wieviel m² Fläche hat Ihre Wohnung?**

1. **Geben Sie bitte Ihren aktuellen Wohntyp (z. B. 1-2-Familienhaus, Fertighaus, Mehrfamilienhaus, Hochhaus etc.) und die Wohngegend (Großstadt/Wohnbereich, Großstadt/Industrienähe, Vorstadt, Kleinstadt, Dorf, ländlich etc.) an, in der er sich befindet.**

Wie lange wohnen Sie schon dort?

2. **Geben Sie bitte Ihren früheren Wohntyp und Ihre frühere Wohngegend an.**

Wie lange haben Sie dort gewohnt?

3. **Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre aktuelle Wohnung:**

Welchen Fenstertyp besitzt Ihre Wohnstätte (z. B. Holzfenster, Kunststofffenster, Metallfenster etc.?)

Welche Art der Verglasung wurde bei Ihnen überwiegend eingesetzt (z. B. Normalverglasung, Isolierverglasung, Wärmeschutzverglasung, normale oder extra Schallschutzverglasung etc.)?

Welche Arten von Wand- bzw. Deckenverkleidung sind in den folgenden Zimmern angebracht:

Wohnzimmer

Schlafzimmer

Badezimmer

Küche

Arbeitszimmer

Bitte beschreiben Sie die Fußbodenausstattung in den verschiedenen Räumen (z. B. PVC-Belag, Velours- oder Wollteppichboden (bzw. Gemische), Parkett, Fliesen oder Steinzeug etc.)

Wohnzimmer

Schlafzimmer

Arbeitszimmer

Kinderzimmer

Flur

Küche

Badezimmer

Welches Heizungssystem ist bei Ihnen installiert (z. B. Etagenheizung, Kellerzentralheizung, Einzelofenheizung, Nachtspeicherheizung, Fußbodenheizung, etc.)?

Welchen Brennstoff benutzt dieses Heizungssystem (z. B. Öl, Gas, Kohle, Braunkohle, Strom, Holz etc.)?

Benutzen Sie Luftbefeuchter?

Wenn ja, welcher Art?

Haben Sie eine offene Feuerstelle in der Wohnung?

Wenn ja, welcher Art?

Wie wird Ihr Küchenherd betrieben (z. B. Gas, Kohle, Strom etc.)?

Haben Sie ein Lüftungs- oder Klimasystem in Betrieb?

Wassertherme?

Möbiliar und Ausstattung

Aus welchem Material besteht Ihr Möbiliar hauptsächlich (z. B. Eiche, Spanplatte, Kiefer massiv, Mahagoni etc.)?

Welcher Art sind Ihre Bettenmatten (z. B. Schaumstoffmatratze, Federkernmatratze, Biomattze, Latexmatratze, Wasserbett etc.)?

Was für Bettdecken benutzen Sie (z. B. Federdecke, Daunendecke, Synthetikdecke, Naturhaardecke etc.)?

Was für Kopfkissen benutzen Sie (z. B. Federkissen, Daunenkissen, Synthetikkissen, Naturhaarkissen, keine etc.)?

Besitzen Sie Grünpflanzen?

Wenn ja, geben Sie bitte an, wieviele Sie ungefähr besitzen und wo sie stehen.

Riechempfindlichkeit und Reaktionen auf Nahrungsmittel

Geben Sie bitte Ihre Reaktionen auf folgende Mittel oder Gegenstände an (z.B. Riechverlust, nicht unangenehm, neutral, belästigend, krankmachend etc.)

- Ofen-/Kaminrauch: _____
- Gasgeruch: _____
- Benzindampfe: _____
- Auspuffgase: _____
- Reinigungsbenzin: _____
- Möbelpolitur: _____
- Schuhpflegemittel: _____
- Nagellackentferner: _____
- Petroleumleuchte: _____
- Desinfektionsmittel: _____
- Glasreiniger: _____
- frischgedruckte Ztg.: _____
- Kohle/Pauspapier: _____
- Filzstifte/Marker: _____
- Tippex etc.: _____
- Fotokopierer: _____
- Thermodrucker etc.: _____
- Blaupausen: _____
- Lacke/Farben: _____
- Lauren: _____
- Verdünner: _____
- Pinselfreiniger: _____
- „Holzgeruch“: _____
- Rasier-/Haarwasser: _____
- Bananengeruch: _____
- Ammoniak-Dämpfe: _____

- Mottenkugeln: _____
- Insektenspray: _____
- Pflanzenschutzmittel: _____
- chem. Reinigungen: _____
- Bleichmittel: _____
- Gummigeruch: _____
- Chlor (Schwimmbad): _____
- Kiefernharz: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Leiden Sie unter einer Nahrungs-
mittelallergie, z. B. gegen Fisch,
Kakao-Produkte, Käse, Wein etc.?

Wenn ja, präzisieren Sie bitte
die Art des Nahrungsmittels!

Besteht speziell eine Allergie gegen
Nüsse, z. B. Haselnüsse, Walnüsse,
Paranüsse, Erdnüsse, Cashewnüsse,
Mandeln etc.?

Besteht speziell eine Allergie gegen
Kerne, z. B. Pistazien, Sonnenblumen-
kerne, Pinienkerne, Kürbiskerne, Grün-
kerne etc.?

Kosmetika und Medikamente

Standen Sie innerhalb der letzten 12 Monate in ärztlicher Behandlung?

ja

nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Behandlungsgrund und die Art der Behandlung an!

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja

nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen des Medikaments, die Dosis und die Einnahmedauer an!

Medikament

Dosis

Dauer

Sind bei Ihnen Arzneimittelallergien bekannt?

ja

nein

Wenn ja, geben Sie bitte an, gegen welche Medikamente Sie allergisch reagieren!

Nehmen Sie ein Verhütungsmittel?

ja

nein

Wenn ja, welches?

Geben Sie bitte von Ihnen benutzte
Pfleagemittel an (wenn möglich genaue
Markenbezeichnung):

Kontaktlinsen-Bad:

Zahnreiniger:

Mundwasser:

Toilettenseife:

Duschgel etc.:

Deodorant:

Pflegelotion:

Pflegecremes:

Puder:

Lippenstift:

Make-up:

Nagellack:

Maskara:

Augenbrauenstift:

Eau de Cologne:

Parfum:

Haarfärbemittel:

Fönlotion:

Shampoo:

Haaröl:

Haarpflegemitt.:

Haarfestiger:

Rasiercreme etc.:

Aftershave/Lot.:

Baderzusätze:

Sonnencreme:

Sonnenöl:

Aftersunlotion:

sonstige:

Arbeitsplatzanamnese

Bitte geben Sie im folgenden Ihren genauen beruflichen Tätigkeitsbereich an und nennen Sie Auffälligkeiten am Arbeitsplatz.

Bitte ausfüllen

1. In welchen Berufen sind Sie ausgebildet?

Ausbildungsberufe	von	bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Welche Tätigkeiten haben Sie beruflich ausgeübt?
(z. B. Friseur in der Metallverarbeitung, Buchhalter in der Brauerei, Erntehelfer in der Landwirtschaft etc.)

Tätigkeiten	von	bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Mit welchen Arbeitsstoffen sind Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeiten regelmäßig in Berührung gekommen? (z. B. Keramik, Asbest, Kunststoffe, Waschmittel, Textilfaser, Lacke, Lösungsmittel, Gips etc.)

Arbeitsstoffe	wie häufig?	wie lange?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____

In welchem Betriebszweig sind Sie eingesetzt? _____

Welchen Status nehmen Sie in Ihrem Tätigkeitsbereich ein? _____

Wie liegt Ihre Arbeitszeit? _____

5. Mit welchem Transportmittel gelangen Sie zu Ihrem Arbeitsplatz? _____

Wie lange sind Sie zu Ihrem Arbeitsplatz unterwegs? _____

6. Sind oder waren Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (z. B. Hitze, Kälte, Staub, Geruch, Dämpfe, Lärm, Lichtprobleme, Klimatisierungsprobleme etc.)

	Art der Belastung:	von-bis
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Mit welchen Werkzeugen arbeiten Sie regelmäßig? (z. B. Spritzpistolen, Sandstrahlgebläse etc.)	Werkzeuge	wie oft?	wie lange?
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Tragen Sie am Arbeitsplatz einen Körperschutz? Wenn ja, in welcher Form
(z. B. Schutzbrille, Lärmchutz etc.)

7. Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen schon einmal den Arbeitsplatz gewechselt?

	Grund des Arbeitsplatzwechsels	wann?
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Sind in diesem Zusammenhang arbeitsmedizinische Untersuchungen durchgeführt worden?	Grund der Untersuchung	Jahr	behandelnder Arzt
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Wasch- und Pflegemittel

Geben Sie bitte von Ihnen benutzte Wasch- und Pflegemittel an (wenn möglich, mit genauer Markenbeschreibung):

Vollwaschmittel: _____

Feinwaschmittel: _____

Wollwaschmittel: _____

Weichspülmittel: _____

Allzweckreiniger: _____

Metallreiniger: _____

Geschirrspülmittel: _____

Insektenmittel: _____

Schuhpflegemittel: _____

Imprägniermittel: _____

Luft-Deo: _____

Backofenspray: _____

Teppichreiniger: _____

Wannen/Fliesenrein.: _____

Glasreiniger: _____

Entkalker: _____

Kfz-Reiniger: _____

Kfz-Politur: _____

Möbelpflegemittel: _____

Kunststoffreiniger: _____

Sekunden-Kleber: _____

Zweikomp.-Kleber: _____

sonst. Klebemittel: _____

Enrfärber: _____

Textilfarben: _____

sonstiges: _____