

Lärmhygienischer Fragebogen

Stand: Nov. 2016

Abteilung Gesundheit - Dezernat Umwelthygiene/Umweltmedizin

Seite 1 von 6

Ansprechpartner:

Dipl.-Ing. Benjamin Peipert

Telefonnummer:

0381/4955351

E-Mail Adresse:

benjamin.peipert@lagus.mv-regierung.de

Datum:

Zuständiges Gesundheitsamt:

Landkreis und Regionalstandort bzw. Stempel

Verantwortlicher Mitarbeiter:

Für Nachfragen erreichbar unter:

Kurze Erläuterung des Problems:

Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Etage/Wohnung:

Straße, Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Angaben bzw. Daten, die durch diesen Fragebogen erfasst werden, anonymisiert, elektronisch verarbeitet und für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

0. Allgemeine Angaben

Alter: Geschlecht: weiblich männlich
Größe (m): Gewicht (kg): Anzahl Kinder unter 16 Jahren:
Familienstand: (Ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, ...)

1. Lebensführung:


Leben noch andere Menschen in Ihrer Wohnung? nein Wenn „ja“, wie viele?
Schul- oder Studiumsabschluss:
Welchen Beruf haben/hatten Sie?
Sind Sie aktiv im Beruf? ja nein Nicht mehr seit:
Wie oft arbeiten Sie in Nachtarbeit?
Rauchen Sie? ja nein Nicht mehr seit:
Was rauchen Sie? Wie viel pro Tag?
Raucht sonst jemand in ihrer Wohnung? ja nein Nicht mehr seit:
Was wird geraucht? Wie viel pro Tag?
Wie viel und welchen Alkohol trinken Sie durchschnittlich?
Nehmen Sie Drogen? nein Wenn „ja“, welche?

2. Wohnung und Umfeld:

Seit wann wohnen Sie in ihrer Wohnung?
Welches Baujahr hat das Haus? Jahr der letzten Sanierung:
In welcher Bauweise wurde das Haus errichtet? (Fachwerk, Ziegelstein, Betonplatte, Holzhaus, ...)

Welche Art von Fenstern besitzt Ihre Wohnung?
(Einfachverglasung, Doppel-/Isolierverglasung, Kasten-/Doppelfenster, Schallschutzfenster ...)

Besitzt Ihre Wohnung eine mechanische Lüftungs-/Klimaanlage? ja nein
Welchen Charakter hat das Wohngebiet in dem Sie wohnen?
(dörflich, kleinstädtisch, vorstädtisch, städtisch, ...)

3. Um was für ein Geräusch handelt es sich?Beschreibung:Das Geräusch klingt wie ... Zeitverlauf des Geräusches (im Bereich bis etwa 10 Sekunden):durchgängig unterbrochen auf- und abschwelend pulsierend/tickend wabernd/fluktuierend sonstige: Frequenz (Tonhöhe):tief (Bass) mittel (Mensch) hoch (Vogel) undefinierbar (z. B. Rauschen) **4. Hören Sie immer das gleiche Geräusch?**ja nein

Wenn „nein“, wie verändert sich das Geräusch?

5. Wie laut ist das Geräusch?

(Markieren Sie eines der Kästchen, von [1 = „sehr leise“] bis [12 = „sehr laut“], das in etwa der Lautstärke des störenden Geräusches entspricht. Die dunklen Kästchen entsprechen den darüberstehenden Beispielen.)

| Flüstern/Blätterrauschen | | | Kühlschrank | | | entspanntes Gespräch | | | erregtes Gespräch | | |
|--------------------------|---|---|-------------|---|---|----------------------|---|---|-------------------|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |

Ist das Geräusch so laut, dass es Gespräche in der Wohnung stört?

ja nein **6. Ist das Geräusch immer gleich laut, wenn es auftritt (über den Tag bzw. die Woche hin)?**ja nein

Wenn „nein“, wie verändert sich das Geräusch?

7. Seit wann hören Sie das Geräusch? **8. Ist das Geräusch immer da (innerhalb eines Tages)?**ja nein

Wenn „nein“, wie oft hören Sie das Geräusch?

9. Hören Sie das Geräusch nur zu bestimmten Zeiten bzw. in bestimmten Situationen oder ist es in diesen Fällen stärker wahrzunehmen?

(Zu bestimmten Tageszeiten/Wochentagen/Jahreszeiten oder bei bestimmten Wetterlagen, Tätigkeiten o. Ä.)

ja nein

Wenn „ja“, beschreiben Sie bitte diese Fälle?

10. Wo hören Sie das Geräusch?

11. Gibt es Orte/Räume/Raumbereiche, wo Sie das Geräusch besonders stark wahrnehmen?

nein Wenn „ja“, welche?

12. Verändert sich das Geräusch, wenn Sie ein Fenster öffnen?

nein Wenn „ja“, wie?

13. Verringert sich das Geräusch durch bestimmte Maßnahmen (z. B. Ohrstöpsel, leise Musik, ...)?

nein Wenn „ja“, welche?

14. Welche Lärmquelle vermuten Sie für das Sie störende Geräusch?

Straße, Nr.:

Entfernung:

15. Befinden sich in der Nähe Ihrer Wohnung weitere mögliche Lärmquellen?

| | <u>Art der Lärmquelle:</u> | <u>Ort:</u> | <u>Entfernung:</u> |
|----|----------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

16. Klagen weitere Personen in Ihrem Umfeld (Familie/Freunde/Nachbarn) ebenfalls über das störende Geräusch?

Name:

Straße:

Nr.:

17. Spüren Sie Veränderungen Ihrer Befindlichkeit, wenn das Geräusch auftritt?

nein Wenn „ja“, welche?

18. Sind dauerhafte/chronische Erkrankungen bei Ihnen diagnostiziert?

| <u>Erkrankungsart:</u> | <u>Diagnose:</u> | <u>Medikamente:</u> |
|---------------------------|------------------|---------------------|
| Ohrgeräusch/Tinnitus | | |
| Herz-/Kreislaufkrankungen | | |
| Krebs | | |
| Vegetative Störungen | | |
| Schilddrüsenüberfunktion | | |
| Psychische Erkrankungen | | |
| Parkinson | | |
| Magnesiummangel | | |
| Sonstiges | | |
| | | |
| | | |

Tragen Sie ein Hörgerät? nein Wenn „ja“, seit wann?

19. Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung bzw. haben Sie unbehandelte Beschwerden?

(Bei der Angabe von Beschwerden, die (noch) nicht von einem Arzt diagnostiziert wurden, sind die entsprechenden Felder zu „Diagnose“, „Arzt“ und „Medikamente“ leer zu lassen.)

Beschwerde: Seit:

Diagnose:

Arzt und Praxis:

Medikamente:

Beschwerde: Seit:

Diagnose:

Arzt und Praxis:

Medikamente:

Beschwerde: Seit:

Diagnose:

Arzt und Praxis:

Medikamente:

20. Gibt es noch weitere Belastungen?

Leiden Sie unter zusätzlichen Belastungen in Ihrem täglichen Leben, die die negativen Auswirkungen der Lärmbelastung weiter verstärken könnten?

(Gemeint sind vorwiegend Situationen und Lebenslagen, die Stress oder einen seelischen Leidensdruck erzeugen: Dies können unter anderen die Pflege eines Angehörigen, ein sich vor kurzem ereigneter Todesfall, große Sorgen (z. B. um das Kind, den Partner, die Zukunft, die Gesundheit oder die eigene Sicherheit), ein starkes Gefühl von Einsamkeit oder auch ein starker Leistungsdruck sein.)

21. Allgemeine Lebenssituation:

(Kreuzen Sie bitte eines der Kästchen von -2 = „unzufrieden“ bis +2 = „zufrieden“ an.)

| | <u>unzufrieden</u> | - - - | <u>neutral</u> | - - - | <u>zufrieden</u> |
|---------------|--------------------|-------|----------------|-------|------------------|
| Arbeit | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| Familie | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| Partnerschaft | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| Nachbarschaft | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| Wohnort | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |

Weitere wichtige Aspekte / Zusätzliche Anmerkungen:

(Dieser Bereich kann ebenfalls zur Ergänzung genutzt werden, falls für einige Angaben die vorgesehenen Felder nicht genügend Platz bieten.)
