

Umweltmedizinischer Fragebogen

Stand: Februar 2012

Abteilung Gesundheit
Dezernat Umwelthygiene/ Umweltmedizin

Seite 1 von 13

Ansprechpartner:
Dr. med. Gerhard Hauk

Telefonnummer:
0381/ 4955-342

E-Mail Adresse:
gerhard.hauk@lagus.mv-regierung.de

Nr.:
Ort, Datum:
Einrichtungsstempel:

0. Angaben zur Person

Name:
Vorname:
Straße:
Wohnort:
Postleitzahl:
Telefon, (privat):
Telefon, (dienstlich):
Fax:
e-Mail:

1. Einverständniserklärung: siehe Seite 2

2. Grund der Kontaktaufnahme:

(Beschreibung der jetzigen Beschwerden, welche „Schadstoffe“ machen Sie für diese Zustände verantwortlich?)

Einverständniserklärung

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

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

3. Welche Arztkonsultationen erfolgten Ihrerseits?

(Angabe des Grundes, Adresse des behandelnden Arztes, Klinikaufenthalte etc.)

4. Sind bereits Schadstoffbestimmungen in irgendeiner Art und Weise durchgeführt worden?

☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, legen Sie diese bitte als Kopie in einer Anlage bei!

5. Lassen sich jahreszeitliche Schwankungen Ihrer Beschwerden erkennen?

☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**: Welche?

6. Klagen weitere Personen in Ihrem Wohnumfeld über ähnliche Beschwerden?

☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**: Welche Personen / Welche Beschwerden?

7. Angaben zur Person

Krankenversicherung

- Versicherungsart: ☐ Mitversichert ☐ Selbstversichert
- Krankenkasse:
 - ☐ AOK
 - ☐ Ersatzkasse Welche?
 - ☐ Betriebskasse Welche?
 - ☐ Privat
 - ☐ Beihilfe
 - ☐ Sonstige
 - ☐ Keine

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter Jahre

Geburtsdatum

Gewicht (kg)

Größe (cm)

Staatsangehörigkeit: ☐ Deutsch ☐ Sonstige Welche?.....

Familienstand:

☐ Ledig/alleinlebend	☐ Partnergemeinschaft
☐ Verheiratet, zusammenlebend	☐ Verheiratet, getrennt lebend
☐ Geschieden	☐ Verwitwet

Schulbildung/ Abschluss: [..] Keinen [..] 10. Klasse/Mittlere Reife/ Realschule
 [..] 8. Klasse [..] 9. Klasse/ Volks-/ Hauptschule
 [..] 12. Klasse/Abitur

Berufsausbildung: [..] Keine [..] Lehre
 [..] Fachschule [..] Universität
 [..] Sonstige

Berufstätigkeit:

Von/bis Tätigkeit
 Von/bis Tätigkeit
 Von/bis Tätigkeit
 Von/bis Tätigkeit
 Von/bis Tätigkeit
 Von/bis Tätigkeit
 Jetzige Tätigkeit:

8. Wohnumwelt/Wohnung**Wohngebiet:**

Wie lange wohnen bzw. wohnten Sie dort (von/bis)?

Ländlich
 Vorstädtisch
 Städtisch

Befindet sich eine der nachfolgend aufgezählten „Anlagen“ in Ihrem Wohngebiet? In welcher Entfernung (km)?

Kläranlage/Deponie
 Müllverbrennungsanlage
 Heizwerk/Kraftwerk
 Tankstelle
 Autobahn bzw. 4-spurige Straße
 Industrie/Gewerbegebiet

Welche Gewerke?.....

Sonstige

Wohnumwelt:Hausbauweise:

Baujahr Saniert wann?
 Holz Ziegelbauweise
 Fachwerk Betonplatten
 Sonstige

Wasserleitungen:

[..] Kupfer [..] Eisen [..] Blei [..] Kunststoff [..] Glas
[..] Sonstige

Letzte Maler- bzw. Renovierungsarbeiten einschl. im angrenzenden Treppenhaus:

Jahr Monat

Lüftungsverhalten: Anzahl pro Tag Minuten

Lärmbelästigung: [..] Ja [..] Nein

Wohnung: Größe in m² Personenzahl

<u>Heizung</u>	Gas	Kohle	Öl
Ofenheizung	[..]	[..]	[..]
Etagenheizung	[..]	[..]	[..]
Zentralheizung	[..]	[..]	[..]
Luftheizung	[..]	[..]	[..]
Fernwärme	[..]	[..]	[..]
Gasaußenwandheizer	[..]	[..]	[..]
Nachtspeicheröfen	[..]	[..]	[..]
Fußbodenheizung	[..]	[..]	[..]

Herd: [..]Kohle [..] Gas [..] Stadtgas
[..] Propangas [..]Erdgas [..] Elektro
[..]Mikrowelle [..]Sonstige

Klimaanlage: Ja Nein
Wohnung [..] [..]
Arbeitsplatz [..] [..]

Luftbefeuchtungs- oder Luftverbesserungseinrichtungen (z.B. Verdunster am Heizkörper, Duftöllämpchen oder Springbrunnen)

[..] Ja [..] Nein

Wenn **ja**, welche und wo?.....
.....

Gastherme: Ja Nein
Bad [..] [..]
Küche [..] [..]

„Gravierende“ Mängel am Wohnungszustand: Ja Nein

Wände	[..]	[..]
Tapeten	[..]	[..]
Schornstein	[..]	[..]
Feuchtigkeit	[..]	[..]
Kälte	[..]	[..]
Sonstige		

Beschreibung der „gravierenden“ Mängel:....
.....

Gerüche: [...] unauffällig [...] deutlich [...] schwach [...] stark

Beschreibung der Gerüche:
.....**Inneneinrichtung:**Möbiliar: Wo?/Was?/Alter? (z.B. Möbel, Kinderzimmer, 1993)

Vorwiegend Holz

Vorwiegend Spanplatten

Ledergarnitur

Sonstiges

(Bei Bedarf nutzen Sie bitte die letzte Seite für Ergänzungen!)

Wand- und Deckenverkleidung:

Material	Wand	Decke	Wo? (z.B. Wohnzimmer, Schlafzimmer usw.)
Putz	[..]	[..]	.....
Gipskarton	[..]	[..]	.....
Spanplatte	[..]	[..]	.....
Holz	[..]	[..]	.....
Polystyrol	[..]	[..]	.....
Sonstiges	[..]	[..]	.....
Tapete	[..] Keine	[..] Papier	.....
		[..] Sonstige	.....

Fußbodenbelag (wichtigste Räume, Material, verklebt?, usw.):

	Ja	Nein	Seit wann?
Raum/Material	[..]	[..]	
Raum/Material	[..]	[..]	
Raum/Material	[..]	[..]	
Raum/Material	[..]	[..]	

Schlafzimmer:

Seit wann?

Fußboden, welches Material?

	Ja	Nein	Seit wann?
Polstermöbel	[..]	[..]	
Tierfelle	[..]	[..]	
Stoffspielzeug	[..]	[..]	
Schwere Vorhänge	[..]	[..]	
Mehrere Betten	[..]	[..]	

Bett:

Ja Nein

Seit wann?/ Bemerkung

Rosshaarmatratze	[..]	[..]	.....
Federkernmatratze	[..]	[..]	.....
Schaumgummimatratze	[..]	[..]	.....
Latexmatratze	[..]	[..]	.....
Federkissen	[..]	[..]	.....
Federbett	[..]	[..]	.....
Daunendecke	[..]	[..]	.....
Wolldecke	[..]	[..]	.....
Sonstiges	[..]	[..]	.....
Waschbar	[..]	[..]	.....

<u>Tierkontakt/ Haustiere:</u>	Ja	Nein	Seit wann?
Katze	[..]	[..]	
Hund	[..]	[..]	
Vogel	[..]	[..]	
Maus/Hamster	[..]	[..]	
Meerschwein	[..]	[..]	
Pferd	[..]	[..]	
Hase	[..]	[..]	
Reptilien	[..]	[..]	
Sonstige	[..]	[..]	

Holzschutzmittel: [..] Ja [..] Nein
 Wo?, seit wann?.....
 Wo?, seit wann?.....
 Wo?, seit wann?.....

Benutzen Sie Mittel zur Bekämpfung von Schädlingen? (z.B. Insektenvertreibungsmittel, Flohpuder für Tiere, Mittel zur Bekämpfung von Schaben oder Silberfischen, Läusewaschmittel usw.)

[..] Ja [..] Nein

Wenn **ja**, welche

.....

Benutzen Sie Pflanzenschutzmittel und/oder Schädlingsbekämpfungsmittel?

[..] Ja [..] Nein

Wenn **ja**, welche

Kann Staub aus den Zwischendecken, Wandisolierungen oder Dachräumen in die Wohnung eindringen?

[..] Ja [..] Nein

Werden Leuchtstofflampen aus DDR-Produktion betrieben?

[..] Ja [..] Nein

Rauchen Sie?

[..] Ja [..] Nein

Seit wann?

Anzahl der Zigaretten pro Tag:

Sind Sie Ex-Raucher? [..] Ja [..] Nein

Seit wann?

Rauchende Familienmitglieder: [..] Ja [..] Nein

Anzahl der Zigaretten pro Tag i. d. Wohnung.:

Arbeitsplatzbelastung durch Nikotin: [..] Ja [..] Nein

Garten / Wochenendhaus: ☐ Ja ☐ Nein

Seit wann?

Seit wann nicht mehr?

Haben Sie Holzschutzmittel bei der Errichtung / Renovierung Ihres Wochenendhauses benutzt?☐ Ja ☐ NeinWenn **ja**, welche und wann?

.....

9. Arbeitsplatz / Hobby- und HeimwerkertätigkeitArbeitsplatzbeschreibung / Besonderheiten bzw. Beschreibung des Hobbys:.....
.....
.....Gefährliche Arbeitsstoffe / Schadstoffe: ☐ Ja ☐ Nein

Welche / seit wann?

Welche / seit wann?

Welche / seit wann?

Wie viele Stunden pro Tag?

Arbeitsschutzmaßnahmen: ☐ Ja ☐ Nein

Welche / seit wann?

Gesundheitsbeeinträchtigungen durch frühere Berufe bzw. Tätigkeiten:

☐ Ja ☐ Nein

Welche / seit wann?

10. ErnährungAlkohol (Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, usw.)☐ Nie☐ Selten☐ Gelegentlich☐ Regelmäßig

Bevorzugte Getränke / Häufigkeit:

Diäten:

.....

Besonderheiten in der Ernährung (z.B. übermäßiger Fleisch- oder Fischverzehr, übermäßiger Genuss von Innereien, Vegetarier etc. sowie Verhältnis zwischen Frisch- und Konservenkost):

.....

.....

11. Gesundheit / Krankheit

Umweltmedizinisch relevante Vorerkrankungen:

	seit wann?	von / bis	Bemerkung
Herzinfarkt / Hypertonus			
Herz- / Kreislauferkrankungen			
Krebs, Welche Organe?			
Schilddrüsenerkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Nebennierenerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Darmerkrankungen			
Atemwegserkrankungen			
Lungenerkrankungen			
Rheuma			
Vegetative Störungen			
Geisteskrankheiten			
Sonstige			

Zahnstatus:

[..] Karies [..] Zahnfleischerkrankungen [..] Teil- bzw. Vollprothese

Zahnfüllungen:	Anzahl/Alter	
Amalgam		
Gold		
Sipal		
Andere Metalle		Welche?
Brücken		

Jetzige Beschwerden

Atemwege	Ja von	Nein bis	Diagnose / Bemerkung
Asthma			
Chronische Bronchitis			
Luftnot			
Lange Hustenperioden			
Reizhusten			
Brennen im Mund und Rachen			
„Kloßgefühl“ im Hals			
Anfälligkeit für Erkältungen			
Verstopfte Nase			
Trockenheitsgefühl in der Nase			
Sonstige			
Medikamente, Welche?			

Herz / Kreislauf

Ja

Nein

von

bis

Diagnose / Bemerkung

Kreislaufbeschwerden

.....

.....

.....

Schwindelgefühl

.....

.....

.....

Bluthochdruck

.....

.....

.....

Blutniederdruck

.....

.....

.....

Herzjagen

.....

.....

.....

Schwarzwerden vor den Augen

.....

.....

.....

Ohrensausen

.....

.....

.....

Sonstige

.....

.....

.....

Medikamente, Welche?

.....

.....

.....

Verdauung / Niere

Ja

Nein

von

bis

Diagnose / Bemerkung

Durchfall

.....

.....

.....

Blähungen

.....

.....

.....

Verstopfung

.....

.....

.....

Übelkeit

.....

.....

.....

Erbrechen

.....

.....

.....

Sodbrennen

.....

.....

.....

Oberbauchschmerz

.....

.....

.....

Beschwerden beim Wasserlassen

.....

.....

.....

Magen-Darm-Erkrankungen

.....

.....

.....

Nierenerkrankungen

.....

.....

.....

Sonstige

.....

.....

.....

Medikamente, Welche?

.....

.....

.....

Haut/Hautanhang/Schleimhaut

Ja

Nein

von

bis

Diagnose / Bemerkung

Augenrötung/-brennen

.....

.....

.....

Verstärkter Tränenfluss

.....

.....

.....

Trockene Augen

.....

.....

.....

Schwellungen

.....

.....

.....

Quaddeln, Bläschen

.....

.....

.....

Juckreiz

.....

.....

.....

Haarausfall

.....

.....

.....

Hautausschlag

.....

.....

.....

Pilzkrankungen

.....

.....

.....

Pigmentveränderungen

.....

.....

.....

Trockene Haut

.....

.....

.....

Akne

.....

.....

.....

Sonstige

.....

.....

.....

Medikamente, Welche?

.....

.....

.....

Neurologische Beschwerden**Ja****Nein**

von

bis

Diagnose / Bemerkung

Gleichgewichtsstörung

Schwindelgefühl

Taubheitsgefühl

Kribbeln

Störungen der Berührungsempfindlichkeit

Muskelzittern

Muskelschwäche

Lähmungen

Hörstörungen

Geruchsstörungen

Geschmacksstörungen

Sehstörungen

Sonstige

Medikamente, Welche?

**Psychische Erkrankungen /
Belastungen****Ja****Nein**

von

bis

Diagnose / Bemerkung

Psychische Erkrankungen

Medikamente, Welche?

Pflegefälle in der Familie

Todesfälle in der Familie

Stress

Partnerschaftskonflikte

Arbeitslosigkeit

Sonstige

Rheumatische Beschwerden**Ja****Nein**

von

bis

Diagnose / Bemerkung

Muskeln

Gelenke

Medikamente, Welche?

Immunsystem**Ja****Nein**

von

bis

Diagnose / Bemerkung

Banale Infekte

Nasennebenhöhlen

Mundschleimhaut

Bronchitis

Herpesinfektionen

Pilzinfektionen

Lymphknotenschwellungen

Fieber

Sonstige

Medikamente, Welche?

Gynäkologische Erkrankungen /

Beschwerden

	Ja von	Nein bis	Diagnose / Bemerkung
Zyklusstörungen			
Entzündungen			
Ausfluss			
Juckreiz			
Gyn. Erkrankungen			
Fertilitätsstörungen			
Sterilität			
Sonstige			
Medikamente, Welche?			

Funktionelle Störungen /

Allgemeinanamnese

	Ja von	Nein bis	Diagnose / Bemerkung
Gewichtszunahme			
Gewichtsabnahme			
Appetitmangel			
Heißhunger			
Schluckbeschwerden			
Schwitzen/Schweißneigung			
Frieren			
Kopfschmerz (Wo?, Wann?)			
Müdigkeit, Leistungsminderung,			
Schwäche			
Konzentrationsstörungen			
Schlafstörungen			
Einschlafstörungen			
Durchschlafstörungen			
Antriebslosigkeit			
Aggressivität			
Depressive Verstimmungen			
Potenzstörungen			
Sonstige			
Medikamente, Welche?			

Allergien

	Ja von	Nein bis	Diagnose / Bemerkung
Haut			
Heuschnupfen, allerg. Schnupfen			
Atemwege			
Magen-Darm-Trakt			
Nahrungsmittelunverträglichkeit			
Arzneimittelunverträglichkeit			
Pollenallergie			
Sonstige			
Hyposensibilisierung			
Medikamente, Welche?			

**Andere Erkrankungen
bzw. Beschwerden**

	Ja von	Nein bis	Diagnose / Bemerkung
.....			
.....			
.....			
.....			

Medikamente

Welche? (z.B. Insulin)	Diagnose (z.B. Diabetes)	Wie lange? (z.B. seit 1980)
.....		
.....		
.....		
.....		

Arztbesuche / Inanspruchnahme von Heilpraktikern

	Nein	Im letzten Jahr	In den letzten 4 Wochen
Praktischer Arzt			
Internist			
Frauenarzt			
Augenarzt			
HNO-Arzt			
Orthopäde			
Nervenarzt / Psychiater			
Chirurg			
Hautarzt			
Urologe			
Heilpraktiker			
Sonstige			

Welche?

Zusätzliche Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datenschutzrechtliche Informationen

zum Umweltmedizinischen Fragebogen des LAGuS

Verantwortlicher und behördlicher Datenschutzbeauftragter im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung:

Verantwortlicher	Behördliche Datenschutzbeauftragte
Landesamt für Gesundheit und Soziales	Landesamt für Gesundheit und Soziales
Erster Direktor	
Dr. Heiko Will	Daniela Jaeschke
Tel.: 0381/33159-000	Tel.: 0381/33159-230
E-Mail: poststelle.zentral@lagus.mv-regierung.de	E-Mail: poststelle.datenschutz@lagus.mv-regierung.de
Erich-Schlesinger-Str. 35	Erich-Schlesinger-Str. 35
18059 Rostock	18059 Rostock

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten:

Die Datenverarbeitung ist zur Ursachenforschung in Bezug auf Ihre umweltmedizinischen Beschwerden und zur statistischen Weiterverarbeitung der anonymisierten Daten notwendig.

Sie sind nicht verpflichtet die Daten bereitzustellen.

Die hier aufgenommenen personenbezogenen Daten werden vom zuständigen Gesundheitsamt erhoben und zur Auswertung an das Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V weitergegeben.

Ihre Daten werden frühestens 10 Jahre nach Schließung Ihrer Akte gelöscht. Die anonymisierten Daten werden jedoch statistisch weiterverarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist Art. 6 Abs. 1 e Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. § 6 Abs. 1 ÖGDG M-V bzw. § 2 Abs. 1.

Bei den hier erhobenen Daten handelt es sich um umfangreiche personenbezogene Daten, durch die Sie als Person eindeutig identifiziert werden können. Außerdem werden besonders sensible Daten zu ihrer Person (Gesundheitsdaten), ihrem Leben und ihrer Umgebung erhoben.

Weitere Informationen zum Datenschutz:

Umfassende weiterführende Informationen zum Datenschutz können Sie jederzeit auf der Homepage des LAGuS im Menüpunkt „Impressum“, im Unterpunkt „Datenschutz“ abrufen.