

Dokumentation der Wohnraumbegehung

Stand: Februar 2012

Abteilung Gesundheit
Dezernat Umwelthygiene/ Umweltmedizin

Seite 1 von 11

Ansprechpartner:
Dr. med. Gerhard Hauk

Telefonnummer:
0381/4955-342

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

Wohnungsbegehung erfolgte am:	
Durch:	
Grund:	

Personendaten:

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	privat: dienstlich:
Anzahl der Bewohner:	
Wohnungsverwaltung:	
Anschrift/ Telefon:	

Fremduntersuchungen, wenn ja, welche, wann:

.....
.....

Datum des Wohnungseinzuges:

Erstbezug: [...] ja [...] nein

Wohnungsskizze:

Erklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die erhobenen Daten der Wohnungsbegehung an meinen Arzt weitergegeben werden und dass diese Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke erfasst und ausgewertet werden dürfen.

Datum, Unterschrift:.....

I. Beschwerden der Patienten

Name, Vorname:..... Geburtsdatum:.....

1. Eigenvermutungen

- Gibt es Räume mit auffälligen Eigenschaften? Welche?

.....
.....

2. Beschreibung von Symptomen und Beschwerdeverlauf aus Patientensicht

.....
.....
.....

3. Symptomatik

- Zu welchen Zeiten sind die Symptome stärker oder schwächer (morgens, abends, Wochenende)?.....
- Gibt es periodische Symptomzyklen und wenn ja, wie kann man sie beschreiben?

.....
.....
.....

- Ändert sich die Symptomatik,
z.B. im Urlaub, am Wochenende etc. [..] ja [..] nein
- Waren Sie wegen Ihrer Problematik bereits beim Arzt [..] ja [..] nein
(wenn ja, bei welchem)?

Anschrift:.....
.....
.....

- Welche Untersuchungen wurden durchgeführt und welche Diagnose gestellt?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Subjektive Eindrücke:

Allg. Befinden	[..] gut	[..] mittel	[..] schlecht
Temperatur	[..] behaglich	[..] kalt	[..] warm
Luftfeuchte	[..] behaglich	[..] feucht	[..] zu trocken
Lautstärke	[..] unauffällig	[..] etwas laut	[..] laut
Helligkeit	[..] angenehm	[..] dunkel	[..] zu hell
Geruch	[..] unauffällig	[..] schwach	[..] belästigend
	[..] muffig	[..] stechend/reizend	[..] nach Lösemitteln

5. Allgemeine Aussagen:

- Wie lange halten Sie sich im Mittel in der Wohnung auf?
- In welchen Räumen halten Sie sich überwiegend auf?

6. Sonstige private/berufliche Belastung

- Üben Sie externe Freizeitbeschäftigung/Hobbys aus, bei denen Sie eventuell mit gesundheitsbelastenden Stoffen umgehen (z.B. Werkstatt, Möbelrestauration)? [.] ja [.] nein
- Besitzen oder benutzen Sie einen Kleingarten? [.] ja [.] nein
Benutzen Sie dort chemische Behandlungsmittel und wenn ja, welche?
.....
- Belastungen durch den Arbeitsplatz
 - Welcher Beruf wird ausgeübt?
 - Benötigte Arbeitsmittel?
 - Arbeiten Sie in einem Gebäude mit Klimaanlage: [.] ja [.] nein

Kinderspezifische Fragen

- Wo spielen die Kinder in der Wohnung?
.....
- Verwenden die Kinder Malstifte? Wenn ja, welche?
.....
- Welches Spielzeug gerät häufig in Hautkontakt (z.B. Kuscheltiere) bzw. wird in den Mund genommen (Art des Spielzeugs, Material)?
.....
- Verbringt es viel Zeit am Computer oder beim Fernsehen (wie lange täglich)?
.....
- Was sind die Hauptspielarten im Freien?
.....
- Wie lange am Tag ist das Kind Verkehrsbelastungen ausgesetzt (Schulweg, Spielen, gemeinsame Einkäufe, Spazieren etc.)?
.....
- Sonstige Belastung: wird in der Gegenwart der Kinder häufig geraucht oder werden Tätigkeiten ausgeübt, die Emissionen freisetzen (Lackarbeiten, Klebearbeiten)?
.....
- Kindertagesstätte/Schule: Liegt die Kita/Schule in einem emissionsreichen Umfeld (Verkehr, Industrie)?
.....
- Ist dort in den letzten 12 Monaten renoviert worden? [.] ja [.] nein
Wenn ja, was?
.....
- Wurden in der Kita/Schule in den letzten 3 - 4 Jahren Holzschutzmittel verstrichen bzw. eine Schädlingsbekämpfung durchgeführt? [.] ja [.] nein
Wenn ja, was?
.....
- Fühlt sich das Kind dort unwohl? [.] ja [.] nein
Bastelt das Kind z.B. in der Kita/Schule und benutzt dazu Druckfarben, Töpferglasuren, Emaille? [.] ja [.] nein

II. Wohnumfeld

1. Lage der Wohnung

- Wohngebiet Mischgebiet Stadtrand City
 Hauptverkehrsstraße Nebenstraße Hinterhof

2. Gewerbebetrieb im Haus ja nein geschlossen

bei geschlossenen Betrieben Datum der Schließung angeben!

- Chem. Reinigung Lebensmittelbetrieb KFZ-Betrieb
 Druckerei Gaststätte Zahnarztpraxis
 Sonstiges.....

3. Gewerbebetrieb im Nahumfeld [Entfernung in m angeben!] ja nein

- Tankstellen:.....
- Chem. Reinigung:.....
- Industrie-/Produktionsbetrieb (Gewerbeart?):.....
- Sonstige Emissionsquellen:.....

III. Haus

- Baujahr:
- Haustyp:
 - Hochhaus Betonplattenbau mit Dehnungsfugen
 - Fachwerkhau Mehrfamilienhaus
 - Reihenhau Einfamilienhaus
 - Fertighau, wenn ja, Hersteller:
 - Sonstiges
- Renovierungsarbeiten am Haus, wenn ja, wann durchgeführt?
- Dachstuhlaußbau Fassadenhydrophobierung
- Sonstiges

IV. Wohnung

1. Brand

- Hat sich ein Brandschaden in der Wohnung/im Haus in den letzten 5 Jahren ereignet? ja nein

2. Bauliche Mängel im Wohnbereich ja nein

Feuchtigkeit Sonstiges:.....

3. Schimmel

- Gibt es in Räumen Schimmelbefall oder feuchte Flecken? ja nein
Wenn ja, in welchen Räumen:
- Wurden Maßnahmen zur Schimmelpilzbeseitigung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann?:.....
Mit welchen Mitteln?:.....

4. Holzschutzmittel

- Wurden Holzschutzmittel in der Wohnung verwendet? ja.. nein
Wenn ja, wann?.....
- In welchen Räumen?
Wo?..... Möbel Holzwände
- Mit welchen Mitteln, in welchen Mengen?
.....

5. Schädlingsbekämpfung

- Wurden in den letzten 2 Jahren Schädlingsbekämpfungen in Ihrer Wohnung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann?.....
Mit welchen Mitteln (Wirkstoffe):.....
Von wem: privat Schädlingsbekämpfer
- Benutzen Sie selbst Schädlingsbekämpfungsmittel? ja nein
Wenn ja, welche Mittel mit welchen Inhaltsstoffen:.....
 Elektroverdampfer Mottenschutzmittel, auch im Kleiderschrank
 Pflanzenschutzmittel

6. Renovierung

- Wurden seit Beschwerdebeginn irgendwelche Renovierungs-oder Umbaumaßnahmen in der Wohnung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, was?.....

7. Klimaanlage

Seit wann?..... Wartung?.....

8. Heizungstyp

- Fernwärme Öl
- Zentralheizung Kohle
- Fußbodenheizung Gas
- Ofenheizung Elektroheizung
- Sonstiges..... Sonstiges.....

9. Warmwasserversorgung

- Hauszentralanlage Wohnungseigene Anlage

10. Offene Feuerstellen

- In welchen Räumen?:.....
- Gastherme Sonstiges

11. Trinkwasserleitungen

- Eisen/ verzinktes Eisen Kupfer Blei Plaste
- Sonstiges.....

V. Individuelle Gewohnheiten**1. Rauchverhalten**

- Raucher- Nichtraucherwohnung
- Wie viel wird in der Wohnung geraucht? (Anzahl der Zigaretten):.....
 - Wer raucht?
 - In welchen Räumen wird hauptsächlich geraucht?

2. Haustiere

- Seit wann?.....
- Katze Hund Vögel Sonstiges

3. Lüftungsgewohnheiten

- Lüftungsart:.....
- Wie oft und wie lange wird gelüftet:

4. Hobbys

- Verwenden Sie Duftöllampen? ja nein
 - In welchen Räumen?:.....
 - Welche Öle?:.....
- Betreiben Sie oder andere Personen Hobbys/Heimwerken in der Wohnung, die Emissionen freisetzen? ja nein
 - Wenn ja, was (z.B. Chemikalienkasten, Löten)?
 - In welchen Räumen?:.....

5. Reinigungsmittel/Pflegemittel

- Benutzen Sie Reinigungsmittel? ja nein
 - Wenn ja, bitte die Markennamen und Häufigkeit der Anwendung angeben!

<input type="checkbox"/> Waschmittel	<input type="checkbox"/> Reinigungsmittel	<input type="checkbox"/> Möbelpflegemittel
<input type="checkbox"/> Teppichreiniger	<input type="checkbox"/> Fußbodenreiniger	<input type="checkbox"/> Backofenspray
<input type="checkbox"/> Metallreiniger (Silber etc.)	<input type="checkbox"/> Fleckenentferner	
<input type="checkbox"/> Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Schuhspray)	

6. Badezimmer (z.B. Pflege- und Reinigungsmittel)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sanitärreiniger | <input type="checkbox"/> Duftsteine/Geruchsverbesserer |
| <input type="checkbox"/> Seifen/Duschbäder/Shampoos | <input type="checkbox"/> Deosprays/Stifte/Roller |
| <input type="checkbox"/> Pflegelotionen/Salben | <input type="checkbox"/> Sonnenschutzmittel |
| <input type="checkbox"/> Haarmittel | |
| <input type="checkbox"/> gegen Haarausfall | |
| <input type="checkbox"/> Enthaarungsmittel | |
| <input type="checkbox"/> Färben/Bleichen/Dauerwelle | |
| <input type="checkbox"/> Rasieren: Rasierseife/Aftershave | <input type="checkbox"/> Kosmetika: Nagellack/Lippenstift etc. |
| <input type="checkbox"/> Kontaktlinsenflüssigkeit | <input type="checkbox"/> Badezusätze |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

**7. Wurden in letzter Zeit Körperpflegemittel/
Reinigungsmittel gewechselt?**

[..] ja [..] nein

.....
.....

8. Kleidung

- Ist ein begehbarer Kleiderschrank vorhanden? [..] ja [..] nein
- Wird viel neuere Kleidung aufbewahrt? [..] ja [..] nein
- Werden im Kleiderschrank Pflegemittel, Mottenschutz-
oder ähnliche Mittel gelagert oder eingesetzt? [..] ja [..] nein
- Wenn ja, welche?.....
- Werden Kleidung/sonstige Textilien häufig in
chemischen Reinigungen gereinigt? [..] ja [..] nein
- Wird die Kleidung nach der chemischen Reinigung
ausgelüftet? [..] ja [..] nein

9. Keller

- Ist ein Keller oder begehbarer Abstell-/ Lager-/
Arbeitsraum vorhanden? [..] ja [..] nein
- Gibt es hier auffällige Stoffe (Lacke, Sprays, Chemietoilette,
Textilfärbemittel etc.)? [..] ja [..] nein
- Wird in diesem Raum gearbeitet? [..] ja [..] nein
- Werden hier Lebensmittel aufbewahrt? [..] ja [..] nein
- Wie groß ist dieser Raum und wie gut ist er belüftet:

VI. Einzelne Wohnräume (pro Raum 1 Bogen)

Raum:.....

1. Lage

[..] Hauptverkehrsstraße [..] Seitenstraße [..] Hinterhof

2. Verkehrslärm im Zimmer

Fenster:	laut	mittel	gering
offen	[..]	[..]	[..]
geschlossen			

3. Temperatur/Größe/Helligkeit

rel. Luftfeuchte (%):..... Raumgröße (m²):.....
 Raumhöhe (m):..... Temp. (°C):.....
 Raumhelligkeit: [..] hell [..] mittel [..] dunkel

4. Veränderung der Innenausstattung im zeitlichen Zusammenhang mit den Beschwerden?

.....

5. Staub

Staubbelastung: [..] hoch [..] mittel [..] gering
 Wie oft wird Staub gewischt?

Wird dabei feucht gewischt? [..] ja [..] nein

6. Raumluftbefeuchter/Luftreinigungsgeräte

- Werden Raumluftbefeuchter oder Luftreinigungsgeräte verwendet? [..] ja [..] nein
- Wird dem Befeuchterwasser Entkeimungsmittel zugesetzt? [..] ja [..] nein

Wenn ja, welches Produkt, welche Inhaltsstoffe:

Kurzbeschreibung des Befeuchtertyps (Verdampfer, etc.)

.....

7. Abgehängte Decke/Wandverkleidung

[..] ja [..] nein
 [..] Spanplatten [..] Holzplatten [..] Sonstiges

8. Fenster

[..] Isolierverglasung [..] Kasten-Doppelfenster [..] Einfachfenster
 Gut dichtend? [..] ja [..] nein

9. Kunstlichtquelle

[..] Glühbirne [..] Leuchtstoffröhre [..] Energiesparlampe
 [..] Sonstiges.....

10. Fußboden• Bodengrund

Spanplatte Estrich Schlacken-Schüttung
 Kies-Schüttung Wärmedämmung Sonstiges.....

• Bodenbelag

Fliesen Linoleum PVC Parkett/Dielen Sonstiges.....

• Teppich/Auslegware:

ja nein

Alter:

großflächenverklebt: ja nein

Schaumrücken vorhanden: ja nein

Material: Kunstfaser Mischfaser Sonstiges Langflor Wolle Sonstige Naturfaser**11. Wände**• Wand-Untergrund

Spanplatte Mauerwerk Wärmedämmung Sonstiges

• Wand-Belag

Tapete Papier Kunststoff Sonstiges

• Anstrich, wenn ja mit

Dispersionsfarbe Latexfarbe Leimfarbe Kalkfarbe

 Sonstiges• Holzverkleidung in (m²), wenn ja, gestrichen mit

Lösemittel- Dispersionslack Holzschutzhaltigem Lackmittel

Flammenschutzmittel Sonstiges

12. Decke• Deckenbelag

Tapete Papier Kunststoff Sonstiges

• Anstrich, wenn ja mit

Dispersionsfarbe Latexfarbe Leimfarbe Kalkfarbe

 Sonstiges• Holzverkleidung in (m²), wenn ja, gestrichen mit

Lösemittelhaltigem Lack Dispersionslack

Holzschutzmittel Flammenschutzmittel Sonstiges

13. Möbel

• Spanplattenmöbel (auch beschichtet) mit offenen Schnittkanten/Bohrlöchern - wenn ja, wie viel m² Fläche:

• Massivholzmöbel: Geölt/gewachst Lackiert

• Polstermöbel:

Bezug: Leder Baumwolle Wolle

Füllmaterial:.....

Herstellungsjahr:..... Hersteller:.....

 Korbmöbel Sonstiges Mobiliar

14. Betten

- Matratze Wie alt?.....
- Material: Latex Federkern Schaumstoff
 Sonstiges
- Bettdecke/Kopfkissenfüllung: Federn Synthetik
 Sonstiges
- Spannungsquellen im Kopfbereich: Radiowecker Sonstiges.....

15. Technische Geräte

- ja nein
- Computer Stereoanlage Radiowecker
- Laserdrucker

16. Pflanzen

- ja nein
- Eingepflanzt in Hydro Erde
- Schimmel erkennbar ja nein

17. Auffälligkeiten im Raum bzw. sonstige 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.