

# Umweltmedizinischer Fragebogen

Stand: Februar 2012

Abteilung Gesundheit  
Dezernat Umwelthygiene/ Umweltmedizin

Seite 1 von 13

Ansprechpartner:  
Dr. med. Gerhard HaukTelefonnummer:  
0381/ 4955-342E-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:.....



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 m<sup>2</sup> ..... Personenzahl .....

<u>Heizung</u>	Gas	Kohle	Öl
Ofenheizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etagenheizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentralheizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftheizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernwärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gasaußenwandheizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtspeicheröfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußbodenheizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schornstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige .....		

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



<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                   [.] Nein

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

.....

**9. Arbeitsplatz / Hobby- und Heimwerkertätigkeit**Arbeitsplatzbeschreibung / 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. Ernährung**Alkohol (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?	.....	.....	.....

<b>Neurologische Beschwerden</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
	von	bis	Diagnose / Bemerkung
Gleichgewichtsstörung	.....	.....	.....
Schwindelgefühl	.....	.....	.....
Taubheitsgefühl	.....	.....	.....
Kribbeln	.....	.....	.....
Störungen der Berührungsempfindlichkeit	.....	.....	.....
Muskelzittern	.....	.....	.....
Muskelschwäche	.....	.....	.....
Lähmungen	.....	.....	.....
Hörstörungen	.....	.....	.....
Geruchsstörungen	.....	.....	.....
Geschmacksstörungen	.....	.....	.....
Sehstörungen	.....	.....	.....
Sonstige	.....	.....	.....
Medikamente, Welche?	.....	.....	.....

<b>Psychische Erkrankungen / Belastungen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
	von	bis	Diagnose / Bemerkung
Psychische Erkrankungen	.....	.....	.....
Medikamente, Welche?	.....	.....	.....
Pflegefälle in der Familie	.....	.....	.....
Todesfälle in der Familie	.....	.....	.....
Stress	.....	.....	.....
Partnerschaftskonflikte	.....	.....	.....
Arbeitslosigkeit	.....	.....	.....
Sonstige	.....	.....	.....

<b>Rheumatische Beschwerden</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
	von	bis	Diagnose / Bemerkung
Muskeln	.....	.....	.....
Gelenke	.....	.....	.....
Medikamente, Welche?	.....	.....	.....

<b>Immunsystem</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
	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?	.....	.....	.....



