

Umweltmedizinischer Fragebogen

Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V – Abteilung Gesundheit

1 - Angaben zur Person

1.1 Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Wohnort: _____
Postleitzahl: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____

2 - Grund der Kontaktaufnahme

2.1 Beschreibung der jetzigen Beschwerden - welche „Schadstoffe“ machen Sie für diese Zustände verantwortlich?

3 - Soziodemografische Angaben

3.1 Krankenversicherung - Versicherungsart

Mitversichert Selbstversichert

3.2 Krankenkasse

AOK Techniker Barmer Ersatzkasse Betriebskasse Privat Beihilfe nicht versichert
 Sonstige: _____

3.3 Geschlecht

weiblich männlich divers

3.4 Alter / Geburtsdatum / Körpermaße

Alter: ____ Geburtsdatum: _____ aktuelles Gewicht (kg): ____ aktuelle Größe (cm): ____

3.5 Staatsangehörigkeit

Deutsch andere, und zwar: _____

3.6 Familienstand

Ledig / allein lebend Partnergemeinschaft Verheiratet, zusammenlebend Verheiratet, getrennt lebend Geschieden Verwitwet sonstiger: _____

4 - Bildung und Beruf

4.1 Schulbildung / Abschluss

Keinen 8. Klasse 9. Klasse / Volks- / Hauptschule 10. Klasse / Mittlere Reife / Realschule 12. Klasse / Abitur

4.2 Berufsausbildung

Keine Lehre Fachschule Universität Sonstige: _____

4.3 Berufstätigkeit (Werdegang)

von	bis	Tätigkeit

aktuelle Tätigkeit: _____

5 - Wohnumwelt: Lage und Umgebung

5.1 Wohngebiet - wie lange wohnen / wohnten Sie dort (von / bis)?

Wohngebiet	Zeitraum (von / bis)
Ländlich	
Vorstädtisch	
Städtisch	

5.2 Befindet sich eine der folgenden „Anlagen“ in Ihrem Wohngebiet bzw. in der Nähe? In welcher Entfernung?

Anlage	Entfernung (km)
Kläranlage / Deponie	
Müllverbrennungsanlage	
Heizkraftwerk / Kraftwerk	
Tankstelle	
Autobahn / 4-spurige Straße	
Industrie- / Gewerbegebiet	

Industrie / Gewerbe - welche Gewerke: _____ sonstige
Anlagen: _____

6 - Wohnumwelt: Haus / Wohnung und Bauweise

6.1 Angaben zum Haus / zur Wohnung

Betonplattenbau Ziegelbauweise Fertighaus Holzhaus Fachwerk sonstige Bauweise, und zwar: _____

Baujahr: _____ letzte Sanierung: _____

6.2 Wasserleitungen

Kupfer Eisen Blei Kunststoff Glas sonstiges: _____

6.3 Letzte Maler- bzw. Renovierungsarbeiten (einschl. angrenzendes Treppenhaus)

6.4 Lüftungsverhalten

Anzahl pro Tag: _____ Minuten: _____

6.5 Lärmbelästigung

Nein Ja

Quelle: _____

6.6 Wohnung / Haus

Wohnfläche (m²): _____ Anzahl der Bewohner: _____

6.7 Heizungsart (Mehrfachnennungen möglich)

Gas Kohle Öl Elektrisch Zentralheizung Fernwärme Ofenheizung Nachtspeicherofen
 Fußbodenheizung Kamin Wärmepumpe sonstiges: _____

6.8 Herd / Backofen

Elektro Gas Mikrowelle sonstige: _____

6.9 Klimaanlage

	Ja	Nein
Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.10 Gasterme

	Ja	Nein
Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Küche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.11 „Gravierende“ Mängel am Wohnzustand

	Nein	Ja
Wände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schornstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
Feuchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige: _____

Detaillierte Beschreibung der „gravierenden“ Mängel:

7 - Gerüche und Raumausstattung

7.1 Gerüche

geruchlos sehr schwach schwach deutlich stark sehr stark extrem

Bitte beschreiben Sie den Geruch („Riecht wie ...“):

7.2 Inneneinrichtung / Mobiliar

Mobiliar	Wo / Was / Alter der Möbel (z. B. Holzregal, Kinderzimmer (KZ), 2018)
Vorwiegend Holz	
Vorwiegend Spanplatte o. Ä.	
Ledergarnituren	
Kunststoff	
sonstiges	

7.3 Wand- und Deckenverkleidung

Material	Wand	Decke	Wo, seit wann (WZ, SZ, ...)
Putz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gipskarton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spanplatte / OSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Holz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polystyrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7.4 Tapete

keine Papier

Wo, seit wann: _____

7.5 Fußbodenbelag

Material	Verlegt	Verklebt	Wo, seit wann (WZ, SZ, ...)
Teppichboden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teppich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PVC / PVC-Parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laminat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fliesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstiges Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8 - Schlafbereich

8.1 Schlafzimmer - Einrichtung

Einrichtung	Ja	Nein	Seit wann, weitere Informationen
Polstermöbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tierfelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffspielzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwere Vorhänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mehrere Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diffusor o. Ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Art des Bettes: _____

Sonstiges Ungewöhnliches (über Betten und Schränke hinaus):

8.2 Art der Matratze, Kissen, Decke

	Ja	Nein	Seit wann? Weitere Bemerkungen
Rosshaarmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Federkernmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schaumgummimatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Latexmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Federkissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Federbett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Daunendecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wolldecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstiges: _____

9 - Tiere und weitere Schadstoffquellen

9.1 Tierkontakt / Haustiere

Tier	Ja	Nein	Seit wann, weitere Informationen
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vogel / Hühner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maus / Hamster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meerschwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hase / Kaninchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reptilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9.2 Benutzen Sie Mittel zur Bekämpfung von Schädlingen? (z. B. Insektenvertreibung, Flohpuder, Mittel gegen Schaben / Silberfischchen, Läusewaschmittel)

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

9.3 Haben Sie bzw. wurden Holzschutzmittel eingesetzt?

Ja Nein

Wo und wann?	Welche

9.4 Benutzen Sie Pflanzenschutzmittel / Mittel zur Schädlingsbekämpfung an Pflanzen?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

9.5 Kann Staub aus Zwischendecken, Wandisolierungen oder Dachräumen in die Wohnräume eindringen?

Ja Nein

9.6 Werden noch Leuchtstoffröhren aus DDR-Produktion verwendet?

Ja Nein

9.7 Rauchen Sie?

Ja Nein

seit wann: _____ Zigaretten pro Tag: _____

9.8 Haben Sie früher geraucht?

Ja Nein

von wann bis wann: _____ Zigaretten pro Tag am Ende: _____

9.9 Rauchen Familienmitglieder?

Ja Nein

Zigaretten pro Tag in den Wohnräumen: _____

9.10 Mögliche Arbeitsplatzbelastung durch Nikotin (z. B. rauchende Bürokollegen, Third-Hand-Smoke)?

Ja Nein

9.11 Haben oder hatten Sie einen Garten / ein Wochenend- bzw. Ferienhaus?

Ja Nein

seit wann: _____ seit wann nicht mehr: _____

9.12 Haben Sie Holzschutzmittel, alte Farben oder Baustoffe bei Errichtung / Renovierung eines Gebäudes dort genutzt?

Ja Nein

Wenn ja, wann und welche:

10 - Ernährung

10.1 Alkohol (Bier, Wein, Sekt, Spirituosen ...)

Nie Selten Gelegentlich Regelmäßig

Bevorzugte Getränke und Häufigkeit: _____

10.2 Machen Sie aktuell oder häufiger in der Vergangenheit eine Diät?

Ja Nein

Wenn ja, welche und Zeitraum:

10.3 Gibt es Besonderheiten in Ihrer Ernährung? (z. B. übermäßiger Fleisch-/Fischverzehr, Innereien, Vegetarier, Verhältnis Frisch- zu Konservenkost)

11 - Vorerkrankungen und Zahnstatus

11.1 Umweltmedizinisch relevante Vorerkrankungen

Erkrankung	seit wann	bis	Kommentare
Herzinfarkt / Hypertonus			
Herz- / Kreislauferkrankungen			
Krebs (welche Organe)			
Schilddrüsenerkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Darmerkrankungen			
Atemwegserkrankungen			
Lungenerkrankungen			

Erkrankung	seit wann	bis	Kommentare
Rheuma			
Vegetative Störungen			
Geisteserkrankungen			
Sonstige			

Weitere Anmerkungen:

11.2 Zahnstatus

Karies Zahnfleischerkrankungen Teil- bzw. Vollprothesen

11.3 Zahnfüllungen (Anzahl / Alter)

Füllung	Anzahl / Alter
Amalgam	
Gold	
SiPal	
Andere Metalle	
Kunststoff	
Brücken	

Andere Metalle - welche: _____

11.4 Aktuelle Beschwerden an Zähnen

12 - Jetzige Beschwerden

12.1 Atemwege (bei Beschwerden „seit“ und Kommentar angeben)

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Asthma	<input type="checkbox"/>		
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>		
Luftnot	<input type="checkbox"/>		
COPD	<input type="checkbox"/>		
Lange Hustenperioden	<input type="checkbox"/>		
Reizhusten	<input type="checkbox"/>		
Brennen im Mund und Rachen	<input type="checkbox"/>		
„Kloßgefühl“ im Hals	<input type="checkbox"/>		
Anfälligkeit für Erkältungen	<input type="checkbox"/>		
Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>		
Trockenheitsgefühl in der Nase	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.2 Herz / Kreislauf

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>		
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>		
Blutniederdruck	<input type="checkbox"/>		
Herzrasen (Tachykardie)	<input type="checkbox"/>		
Schwarzwerden vor den Augen	<input type="checkbox"/>		

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Ohrensausen	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.3 Haut

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Augenrötung / -brennen	<input type="checkbox"/>		
Verstärkter Tränenfluss	<input type="checkbox"/>		
Trockene Augen	<input type="checkbox"/>		
Schwellungen	<input type="checkbox"/>		
Quaddeln, Bläschen	<input type="checkbox"/>		
Juckreiz	<input type="checkbox"/>		
Haarausfall	<input type="checkbox"/>		
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>		
Pilzkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Pigmentveränderungen	<input type="checkbox"/>		
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>		
Akne	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.4 Verdauung / Nieren

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Durchfall	<input type="checkbox"/>		
Blähungen	<input type="checkbox"/>		
Verstopfung	<input type="checkbox"/>		
Übelkeit	<input type="checkbox"/>		
Erbrechen	<input type="checkbox"/>		
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>		
Oberbauchschmerzen	<input type="checkbox"/>		
Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>		
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.5 Rheumatische Beschwerden

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Muskeln	<input type="checkbox"/>		
Gelenke	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.6 Neurologische Beschwerden

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>		
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>		
Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/>		
Kribbeln	<input type="checkbox"/>		
Störungen der Berührungsempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>		

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Muskelzittern	<input type="checkbox"/>		
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>		
Lähmungen	<input type="checkbox"/>		
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>		
Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/>		
Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>		
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.7 Psychische Erkrankungen / Belastungen

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Pflegefälle in der Familie	<input type="checkbox"/>		
Todesfälle in der Familie	<input type="checkbox"/>		
Stress	<input type="checkbox"/>		
Partnerschaftskonflikte	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.8 Gynäkologische Erkrankungen / Beschwerden

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Zyklusstörungen	<input type="checkbox"/>		
Entzündungen	<input type="checkbox"/>		
Ausfluss	<input type="checkbox"/>		
Juckreiz	<input type="checkbox"/>		
Stress	<input type="checkbox"/>		
Fertilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>		
Sterilität	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.9 Immunsystem

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Banale Infekte	<input type="checkbox"/>		
Infekte der Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>		
Infekte der Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>		
Bronchitis	<input type="checkbox"/>		
Herpesinfektionen	<input type="checkbox"/>		
Pilzinfektionen	<input type="checkbox"/>		
Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/>		
Fieber	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.10 Allergien

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Haut	<input type="checkbox"/>		
Heuschnupfen / allerg. Schnupfen	<input type="checkbox"/>		

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>		
Nahrungsunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>		
Arzneimittelenverträglichkeit	<input type="checkbox"/>		
Pollenallergie	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Hyposensibilisierung	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

12.11 Funktionelle Störungen / Allgemeinanamnese

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>		
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>		
Appetitmangel	<input type="checkbox"/>		
Heißhunger	<input type="checkbox"/>		
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>		
Schwitzen / Schweißneigung	<input type="checkbox"/>		
Müdigkeit, Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>		
Schwäche	<input type="checkbox"/>		
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>		
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>		
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>		
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>		
Aggressivität	<input type="checkbox"/>		
Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/>		
Potenzstörungen	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>		
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>		

13 - Weitere Erkrankungen und Arztbesuche

13.1 Andere Erkrankungen bzw. Beschwerden

Erkrankung / Beschwerde	von	bis	Kommentare

13.2 Medikamente

Medikamente (z. B. Insulin)	Diagnose (z. B. Diabetes)	Wie lange (z. B. seit 2001)

13.3 Arztbesuche / Inanspruchnahme von Heilpraktikern

	Nein / Nie	im letzten Jahr	in den letzten 4 Wochen
Praktischer Arzt / Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein / Nie	im letzten Jahr	in den letzten 4 Wochen
Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenarzt / Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Platz für weitere Bemerkungen:

14 - Einverständniserklärung und Datenschutz

14.1 Hinweis zum Datenschutz: Die Datenverarbeitung dient der Ursachenforschung zu Ihren umweltmedizinischen Beschwerden sowie der statistischen Auswertung anonymisierter Daten (Art. 6 Abs. 1 e DSGVO i. V. m. § 6 Abs. 1 ÖGDG M-V). Die Bereitstellung der Daten ist freiwillig. Personenbezogene Daten werden nicht weitergegeben und frühestens 10 Jahre nach Schließung der Akte gelöscht.

14.2 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die gemachten Angaben anonymisiert, elektronisch verarbeitet und für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____