

# 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 (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ 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 Gastherme

	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"/>
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"/>	

	Ja	Nein	Seit wann? Weitere Bemerkungen
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			
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"/>		
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"/>		
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"/>		

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
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"/>		
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>		
Nahrungsunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>		
Arzneimittelunverträglichkeit	<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"/>		

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
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"/>
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: \_\_\_\_\_