

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 Partnerschaft
 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

aktuelle Tätigkeit:

5 - Wohnumwelt: Lage und Umgebung

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

Wohngebiet	Zeitraum (von / bis)
Ländlich	<input type="text"/>
Vorstädtisch	<input type="text"/>
Städtisch	<input type="text"/>

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

Anlage	Entfernung (km)
Kläranlage / Deponie	<input type="text"/>
Müllverbrennungsanlage	<input type="text"/>
Heizkraftwerk / Kraftwerk	<input type="text"/>
Tankstelle	<input type="text"/>
Autobahn / 4-spurige Straße	<input type="text"/>
Industrie- / Gewerbegebiet	<input type="text"/>

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> geruchlos | <input type="checkbox"/> sehr schwach |
| <input type="checkbox"/> schwach | <input type="checkbox"/> deutlich |
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| <input type="checkbox"/> 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	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Vorwiegend Spanplatte o. Ä.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ledergarnituren	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Kunststoff	<input style="width: 100%;" type="text"/>
sonstiges	<input style="width: 100%;" type="text"/>

7.3 Wand- und Deckenverkleidung

Material	Wand	Decke	Wo, seit wann (WZ, SZ, ...)
Putz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Gipskarton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Spanplatte / OSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Holz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Polystyrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Teppich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PVC / PVC-Parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Laminat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Kork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fliesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
sonstiges Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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"/>	

Sonstiges Ungewöhnliches (über Betten und Schränke hinaus):

Art des Bettes:

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
<input style="width: 400px;" type="text"/>	<input style="width: 400px;" type="text"/>
<input style="width: 400px;" type="text"/>	<input style="width: 400px;" type="text"/>
<input style="width: 400px;" type="text"/>	<input style="width: 400px;" type="text"/>

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herz- / Kreislauferkrankungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krebs (welche Organe)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nierenerkrankungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lebererkrankungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Darmerkrankungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lungenerkrankungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rheuma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vegetative Störungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geisteserkrankungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere Anmerkungen:

11.2 Zahnstatus

Karies

Zahnfleischerkrankungen

Teil- bzw. Vollprothesen

11.3 Zahnfüllungen (Anzahl / Alter)

Füllung	Anzahl / Alter
Amalgam	<input type="text"/>
Gold	<input type="text"/>
SiPal	<input type="text"/>
Andere Metalle	<input type="text"/>
Kunststoff	<input type="text"/>
Brücken	<input type="text"/>

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lange Hustenperioden	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reizhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Brennen im Mund und Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
„Kloßgefühl“ im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Anfälligkeit für Erkältungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trockenheitsgefühl in der Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12.2 Herz / Kreislauf

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Blutniederdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herzrasen (Tachykardie)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schwarzwerden vor den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ohrensausen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12.3 Haut

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

12.4 Verdauung / Nieren

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

12.5 Rheumatische Beschwerden

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

12.6 Neurologische Beschwerden

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Störungen der Berührungsempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muskelzittern	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12.7 Psychische Erkrankungen / Belastungen

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

12.8 Gynäkologische Erkrankungen / Beschwerden

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

12.9 Immunsystem

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Banale Infekte	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infekte der Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

12.10 Allergien

Beschwerde	Nein	seit	Kommentare
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Heuschnupfen / allerg. Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Nahrungsunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Arzneimittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Pollenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Hyposensibilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

12.11 Funktionelle Störungen / Allgemeinanamnese

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

13 - Weitere Erkrankungen und Arztbesuche

13.1 Andere Erkrankungen bzw. Beschwerden

Erkrankung / Beschwerde	von	bis	Kommentare
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: