

Umweltmedizin: Fragebogen Wohnraumbelastung

Name und Vorname		geb. am	
------------------	--	---------	--

Beruf erlernt:		Beruf ausgeübt:	
----------------	--	-----------------	--

1. Schildern Sie Art, Beginn und Dauer Ihrer Beschwerden in Stichworten:

2. Vermuten Sie einen Zusammenhang mit Ihrer Wohnung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ggf. warum:
3. Haben Sie die Beschwerden auch außerhalb Ihrer Wohnung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ggf. welche:
4. Haben Mitbewohner ähnliche Beschwerden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ggf. welche:
5. Wurden Innenraummessungen durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ggf. welche:
6a. Vorgeschichte: Leiden oder litten Sie unter	<input type="radio"/> Allergien <input type="radio"/> Hauterkrankungen <input type="radio"/> Heuschnupfen <input type="radio"/> Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Sonstiges:
6b. Bestehen in Ihrer Familie einzelne der unter 6a genannten Erkrankungen?	<input type="radio"/> Allergien <input type="radio"/> Hauterkrankungen <input type="radio"/> Heuschnupfen <input type="radio"/> Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Sonstiges:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ggf. welche:
8. Rauchen Sie selbst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ggf. Zahl der Zigaretten pro Tag:
9. Rauchen Sie passiv?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> viel
10. Ernährung:	<input type="radio"/> Mischkost <input type="radio"/> Vollwert <input type="radio"/> Vegetarische Kost <input type="radio"/> Kantinenessen	Ggf. spezielle Ernährungsformen:
11. Sport	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> viel	Ggf. welcher:
12. Aufenthalt in der Wohnung: Aufenthalt am Arbeitsplatz: Stunden pro Tag ----- Stunden pro Tag	
13. Verkehr	Gefahrene km pro Monat im Auto: Gefahrene km pro Monat mit Fahrrad:	Aufenthalt im Verkehr pro Monat (PKW, Bus, Bahn, Fuß, Rad): Stunden

14. Wohnungsbeschreibung	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Etagenwohnung im Stock Bauzustand: feucht-Schimmel-undichte Fenster Boden: Stein-Kork-Holz-PVC-Linoleum- Teppichboden Außenwand: Ziegel-Beton-Holz-Lehm-Innendämmung Innenwand: Spanplatten-Holzschutzmittel-Tapeten (Papier/Gras) Heizung: Zentral-Einzelöfen-Fußboden-Öl- Gas- Strom-Holz-Kohle Offene Feuerstelle-Gasherd- Mikrowelle Warmwasser: zentral-Durchlauferhitzer (Gas/elektrisch) Belüftung: Luftbefeuchter-Luftreiniger-Klimaanlage	Baujahr: Wohnfläche: qm Jahr des Einzugs: Letzte Renovierung: Zahl der Mitbewohner: Sonstiges: Sonstiges: Sonstiges: Wandanstrich mit: Raumtemperatur im Winter: Luftfeuchtigkeit:
15. Möbel	<input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Spanplatten <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Leder Neue Möbel angeschafft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ggf. andere: Ggf. welche:
16. Haustiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ggf. welche:
17. Pflanzen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> viele	
18. Chemikalien-Gebrauch	Putzmittel-Waschmittel-Kosmetika	Ggf. welche:
19. Hobbys und Freizeit	<input type="checkbox"/> Foto <input type="checkbox"/> Heimwerken <input type="checkbox"/> Klebstoffe <input type="checkbox"/> Baustoffe	Sonstiges:
20. Wohnumfeld	Wohngebiet-Mischgebiet- Gewerbegebiet ländlich-Stadtrand-Zentrum Bis 500m entfernt: Hauptverkehrsstraße-Autobahn- Gewerbebetrieb-chemische Reinigung- Industrie-Müllverbrennung-Deponie- Kraftwerk-Kernkraftwerk-Flugplatz	
21. Belästigung durch	Lärm-Gerüche-Dämpfe	Sonstiges:
22. Sonstige Anmerkungen		

Achtung: Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen bzw. soweit notwendig Daten ergänzen.
 Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt!