

Praxis Bückendorf, Beesten und Kollegen

Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Gemeinschaftspraxis Wulfsbrook 2, 24113 Kiel

Tel.: 0431 / 68 01 31 – Fax: 0431 / 64 37 61

info@praxis-bueckendorf.de

www.praxis-bueckendorf.de

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, zur besseren Erfassung aller Ihrer Beschwerden möchte ich Sie bitten, Ihre Symptome anzukreuzen. Sollten Ergänzungen notwendig sein, so fügen Sie diese unter dem Text handschriftlich hinzu.

Zentral-nervöse Beschwerden:	X	Gelenke / Haut / Muskeln:	X
Sehstörungen		Gelenkbeschwerden	
Kopfschmerzen		Rückenschmerzen	
Schwindel		Nackenschmerzen	
Hörstörungen		Muskelverspannungen	
Sprachstörungen		Ekzeme	
Wortfindungsstörungen		Hautentzündungen	
Geschmacksstörungen		Juckreiz	
Müdigkeit			
Schwäche		Herz- / Lungenbeschwerden:	
Seelische Störung		Herzstolpern	
Depressionen		Herzrhythmusstörungen	
Alpträume		Herzstiche / Herzdruck	
Nervosität		Beklemmung	
Merkfähigkeitsstörungen		Husten	
Konzentrationsstörungen		Brustschmerzen	
Angstgefühle		Asthma	
Schleimhaut- / Mund- / Zahnbeschwerden:		Magen- / Darmbeschwerden:	
Metallgeschmack		Unregelmäßiger Stuhlgang	
Zahnfleischentzündungen		Durchfall	
Zungenbrennen		Verstopfung	
Trockener Mund		Häufige Pilzerkrankungen	
Halsschmerzen		Blähungen / Völlegefühl	
Schluckbeschwerden		Sodbrennen	
Kloßgefühl		Magenschmerzen	
Häufige Mandelentzündungen		Appetitlosigkeit	
Allgemeinbeschwerden:		Allergien:	
Leistungsminderung			
Hinfälligkeit			
Müdigkeit / Schwäche			
Gewichtsabnahme		Nierenerkrankungen:	
Schwitzen			

Haben Sie noch **weitere Beschwerden**, dann ergänzen Sie bitte hier:

Nürnberger Selbsteinschätzungsliste

Name:

Datum:

Zutreffendes bitte ankreuzen :	trifft zu(4)	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu	
Mir geht in letzter Zeit die Arbeit langsamer von der Hand					1
Ich habe den Kontakt zu Bekannten, Freunden und Verwandten in letzter Zeit eingeschränkt					2
Ich mache in letzter Zeit weniger Pläne als sonst					3
Ich schiebe unerledigte Arbeiten in letzter Zeit vor mir her					4
Ich verwechsle in letzter Zeit öfter Namen, Telefonnummern oder das Datum					5
Es fällt mir in letzter Zeit schwerer mich mit Problemen auseinanderzusetzen					6
Mir gehen in letzter Zeit mehr und mehr Dinge daneben					7
Großer Trubel und Aufregung ermüden mich in letzter Zeit mehr als sonst					8
Die Planung einer Reise oder Unternehmung macht mir in letzter Zeit zunehmend Schwierigkeiten					9
Es fällt mir in letzter Zeit schwerer mich im Straßenverkehr zurechtzufinden					10
Freunde, Bekannte oder Verwandte besuchen mich in letzter Zeit seltener					11
Ich brauche in letzter Zeit mehr Ruhepausen					12
Es fällt mir in letzter Zeit schwerer, mich auf eine Aufgabe zu konzentrieren					13
Ich brauche in letzter Zeit etwas mehr Hilfe von anderen als sonst					14
Ich vergesse in letzter Zeit öfters Geburtstage von nahen Verwandten oder Bekannten					15
Ich bin in letzter Zeit weniger unternehmungslustig					16
In letzter Zeit fällt es mir schwerer, den Gedankengängen anderer Menschen zu folgen					17
Mein Herz macht mir in letzter Zeit zu schaffen					18
Ich vergesse in letzter Zeit öfters Namen und Zahlen					19
Ich verliere in letzter Zeit an vielen Dingen mehr und mehr das Interesse					20
<i>Auswertung durch Arzt: Summe</i>					
<i>Summe</i>					

- 50 – 59 Punkte:** begründeter Verdacht auf das Vorliegen eines hirnorganischen Symptoms.
- Ab 60 Punkten:** sehr hohe Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen eines hirnorganischen Symptoms.
- Ab 60 Punkten:** wird weitergehende Diagnostik empfohlen.

Kombinierter Fragebogen zu neurotoxischen Symptomen Q22 und Q18

<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>	Q2 2	Ja	Nein	Q1 8
Haben Sie ein kurzes Erinnerungsvermögen, sind Sie vergesslich?	1			1
Haben Angehörige oder andere Personen Ihnen einmal gesagt, dass Sie ein kurzes Erinnerungsvermögen haben?	2			2
Müssen Sie sich über das, woran Sie sich erinnern wollen, Notizen machen?	3			3
Müssen Sie oft umkehren, um zu überprüfen, ob Sie Dinge auch tagsächlich getan haben (z. B. Herd ausschalten, Tür abschließen)?	4			
Finden Sie es im Allgemeinen schwierig, den Inhalt von Zeitungsartikeln oder Büchern zu verstehen?	5			4
Haben Sie oft Probleme, sich zu konzentrieren?	6			5
Finden Sie sich oft gereizt ohne besonderen Grund?	7			
Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen ohne besonderen Grund?	8			7
Sind Sie ungewöhnlich oft müde?	9			8
Sind Sie weniger an Sex interessiert als Sie denken, dass es normal wäre?	10			13
Haben Sie Herzklopfen auch dann, wenn Sie sich nicht angestrengt haben?	11			9
Spüren Sie manchmal ein Druckgefühl in der Brust?	12			10
Schwitzen Sie häufiger ohne besonderen Grund?	13			11
Haben Sie mehr als einmal pro Woche Kopfschmerzen?	14			12
Haben Sie öfter ein schmerzhaftes Stechen irgendwo am Körper?	15			
Haben Sie Probleme mit dem Auf- und Zuknöpfen Ihrer Kleidung?	16			
Haben Sie Schwindelanfälle?	17			
Zittern Ihre Hände?	18			
Stoßen Sie sich unbeabsichtigt an Menschen oder Dingen wenn Sie sich umdrehen?	19			
Fühlen Sie sich schwach oder unsicher in Ihren Armen und Beinen?	20			16
Fallen Ihnen Dinge nicht ein, obwohl Sie Ihnen auf der Zunge liegen?	21			
Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	22			
Fühlen Sie sich ohne besonderen Grund aus der Fassung gebracht?				6
Ist Ihnen häufig übel?				14
Sind Ihre Hände oder Füße taub oder pelzig?				15
Zittern Ihre Hände?				17
Vertragen Sie Alkohol?				18

Auswertung durch den Arzt:

Q22 (1,2): Signifikanter Hinweis auf neurotoxische Genese	12 Punkte	
Q18 (3): Hinweis auf neurotoxische Genese	6 Punkte	

Müdigkeits-Skala (Fatigue Severity Scale)

Kreuzen Sie bitte auf der Skala zwischen 1 und 7 die Ihnen entsprechende Antwort an:

Ich bin weniger motiviert, wenn ich müde bin

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Körperliche Belastung ruft bei mir Müdigkeit hervor

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Ich ermüde leicht

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Ermüdung wirkt sich auf meine körperliche

Leistungsfähigkeit aus

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Ermüdung verursacht bei mir häufig Probleme

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Meine Müdigkeit verhindert ausdauernde körperliche Betätigung

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Die Ermüdung wirkt sich auf die Übernahme bestimmter Pflichten und

Verantwortungen aus

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Die Ermüdung ist eine der 3 Symptome, die mich am meisten beeinträchtigt

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Die Ermüdung wirkt beeinträchtigend auf Arbeit, Familie oder gesellschaftliches Leben

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Wie müde waren Sie innerhalb der letzten 2 Wochen?

<i>Ich stimme überhaupt nicht zu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Ich stimme voll und ganz zu</i>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Bitte setzen Sie das Kreuz an der Stelle, die anzeigt, wie müde Sie waren

Praxis Bückendorf, Beesten und Kollegen
Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Gemeinschaftspraxis Wulfsbrook 2, 24113 Kiel

Tel.: 0431 / 68 01 31 – Fax: 0431 / 64 37 61

info@praxis-bueckendorf.de

www.praxis-bueckendorf.de

CFS-MCS-Fragebogen (CMDF)

Name:	Datum:
--------------	---------------

Bitte alle Fragen beantworten – Bitte zutreffende Antwort ankreuzen

Leiden Sie seit mindestens 6 Monaten ständig oder immer wiederkehrend unter...

	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Gedächtnis- oder Konzentrationsschwierigkeiten?		
neu aufgetretenen Kopfschmerzen?		
Schlafstörungen oder nicht erholsamem Schlaf?		
Unwohlsein nach Anstrengungen, das mehr als 24 Stunden anhält?		
Halsschmerzen?		
Druckempfindlichkeit oder Schwellung von Lymphknoten (Hals-, Achselbereich)?		
Muskelschmerzen?		
Schmerzen mehrerer Gelenke (ohne Gelenkschwellungen oder Entzündung)?		

Leiden Sie seit mindestens 6 Monaten unter Müdigkeit und Erschöpfung ...

die durch fortbestehende oder andauernde Anstrengung nicht erklärt werden kann?		
die durch Ruhe nicht behoben oder gelindert werden kann?		
die Ihre beruflichen, sozialen, Bildungs- und persönlichen Aktivitäten sehr beeinträchtigen?		
die schwer ist und nicht erklärt werden kann?		

Krankheitsbeginn (Monat/Jahr):

Alle Symptome und Störungen („ja“ in den Fragen 9 – 12) treten auf...

infolge von Expositionen im Niedrigdosisbereich?		
in mehreren Organsystemen?		
wiederholt (reproduzierbar)?		
infolge von Einwirkungen mehrerer, nicht immer miteinander verwandter Chemikalien?		
und können sich nach Expositionsende bessern oder zurückbilden?		

Auswertung:

Wenn mindestens 4 der Symptome 1-8 zutreffen: Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) (1)		
Wenn alle Kriterien 9-12 zutreffen: Severe idiopathic Chronic Fatigue (SICF) (1)		
Wenn alle Kriterien 9-17 zutreffen: Multiple Chemical Sensitivity (MCS) (2) mit SICF		

Literatur:

(1) Fukuda, K., S.E. Strauss, I. Hickie, M.C. Sharpe, J.G. Dobbins, A.L. Komaroff, and the international Chronic Fatigue Syndrome Study Group: The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to its Definition and Study. *Annals of internal Medicine* 121 (1994), 953 – 959.

(2) Cullen MR (ed.). Workers with multiple chemical sensitivities. *Occup Med State Art Reviews* 2 (1987), 655 – 806.

Bell-Score 1995

Patientenname: geb. am

Datum

Diese Punkteskala dient als Messinstrument für die Schwere, der durch die Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen. Bitte umkreisen Sie die Zahl, die am besten auf Sie zutrifft.

100 Punkte	Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
90 Punkte	Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
80 Punkte	Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkungen spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstregungen erfordern, Vollzeit zu arbeiten
70 Punkte	Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 90% der Norm – mit Ausnahme von Tätigkeiten, die einer Kraftanstrengung bedürfen; mit Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
60 Punkte	Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; Der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 70%—90% der Norm; Unfähig, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, wenn dort körperliche Arbeit gefordert wird; aber in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, wenn es um leichte Arbeiten geht und die Arbeitszeit flexibel gehandhabt werden kann
50 Punkte	Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 4-5 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
40 Punkte	Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50%-70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 3-4 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
30 Punkte	Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50% der Norm reduziert; in der Regel ans Haus gefesselt; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 2-3 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
20 Punkte	Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 30%-50% der Norm reduziert; bis auf seltene Ausnahmen unfähig, das Haus zu verlassen; den größten Teil des Tages ans Bett gefesselt; unfähig, sich mehr als eine Stunde am Tag zu konzentrieren
10 Punkte	Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern
0 Punkte	Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen

Aus: The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome, David S. Bell, MD, S. 122 f. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, MA

Kanadische Kriterien für die Diagnose CFS/ME

Modifiziert nach Carruthers BM Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria 2003/2011

Name: _____ geboren am: _____ Datum: _____

Bitte kreuzen Sie die folgenden für Sie zutreffenden Symptome an.

1. Erschöpfung/Fatigue und Zustandsverschlechterung nach Belastung

	Deutliches Ausmaß einer neu aufgetretenen nicht erklärbaren körperlichen und mentalen Erschöpfung, die zu einer erheblichen Reduktion des Aktivitätsniveaus führt.
	Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen, Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (mehr als 24 Std., kann Tage dauern).
	Die Symptome können durch jede Art von nach körperlicher oder mentaler Anstrengung oder Stress verschlechtert werden.

2. Schlafstörungen

3. Schmerzen

	Einschlafstörungen		Gelenkschmerzen
	Durchschlafstörungen		Muskelschmerzen
	Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus		Kopfschmerzen
	Schlaf führt zu keiner Erholung		

4. Neurologische/kognitive Manifestation

	Beeinträchtigung d. Konzentrationsfähigkeit u. des Kurzzeitgedächtnisses		Wahrnehmungs- u. Sinnesstörungen
	Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung, Kategorisierung, Wortfindungs-, Lesestörungen		Desorientierung oder Verwirrung
			Bewegungs- und Koordinationsstörungen

	Es kommt zu Überlastungserscheinungen (Rückfälle und/oder Ängste) durch : Zu viele Informationen, zu viele Sinneseindrücke (z.B. Licht, Lärm), zu viel Stress.
--	---

5. Autonome Manifestation

	Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder „Schwarzwerden vor Augen“
	Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf (POTS)
	Schwindel und Benommenheit
	Extreme Blässe
	Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen) oder Blasenstörungen
	Blasenstörungen
	Vasomotorische Instabilität (Instabilität des Gefäßtonus)
	Atemstörungen

6. Neuroendokrine Manifestation**7. Immunologische Manifestation**

Anpassung Körpertemperatur gestört	Schmerzhafte Lymphknoten
Hitze und/oder Kälte werden nicht gut vertragen	Wiederkehrende Halsschmerzen
Appetitverlust oder gesteigerter Appetit Gewichtszunahme oder -abnahme	Neue Allergien/bereits bestehende Allergien haben sich verändert
Niedrige Blutzuckerspiegel	Grippeähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl
Stress ist schlechter zu verarbeiten, führt zu Erschöpfungsverstärkung und emotionaler Unsicherheit	Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Medikamenten und/oder Chemikalien

Praxis Bückendorf, Beesten und Kollegen **Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin**

Gemeinschaftspraxis Wulfsbrook 2, 24113 Kiel
Tel.: 0431 / 68 01 31 – Fax: 0431 / 64 37 61
info@praxis-bueckendorf.de
www.praxis-bueckendorf.de

Datum:

Umweltmedizinischer Fragebogen

1. Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Postleitzahl:

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

Telefon (mobil):

Fax:

E-Mail:

2. Grund der Kontaktaufnahme:

Beschreibung der jetzigen Beschwerden; welche „Schadstoffe“ machen Sie für diese Zustände verantwortlich?) :

.....

.....

.....

3. Welche Arztkonsultationen erfolgten Ihrerseits?

(Angabe des Grundes, Adresse des behandelnden Arztes, Klinikaufenthalte etc.)

4. Sind bereits Schadstoffbestimmungen in irgend einer Art und Weise durchgeführt worden?

ja nein

Wenn **ja**, legen Sie diese bitte als Kopie in einer Anlage bei!

5. Lassen sich jahreszeitliche Schwankungen Ihrer Beschwerden erkennen?

ja nein

Wenn **ja**: Welche?

6. Klagen weitere Personen in Ihrem Wohnumfeld über ähnliche Beschwerden?

ja nein

Wenn **ja**: Welche Personen / Welche Beschwerden?

7. Angaben zur Person

Krankenversicherung

- Versicherungsart: Mitversichert
 Selbstversichert
- Krankenkasse AOK
 Ersatzkasse Welche?:.....
 Betriebskasse Welche?:.....
 Privat
 Beihilfe
 Sonstige
 Keine

Geschlecht weiblich
 männlich

Alter Jahre

Geburtsdatum

Gewicht (kg)

Größe (cm)

Staatsangehörigkeit: • Deutsch • Sonstige Welche?:.....

Familienstand: • Ledig/alleinlebend • Partnergemeinschaft
 • Verheiratet, • Verheiratet,
 zusammenlebend getrennt lebend
 • Geschieden • Verwitwet

Schulbildung/ Abschluß:

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

Berufsausbildung:

- Keine
- Fachschule
- Sonstige
- Lehre
- Universität

Beruftätigkeit:

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 m² Personenzahl

• Heizung Gas Kohle Öl

Ofenheizung

Etagenheizung

Zentralheizung

Luftheizung

Fernwärme

Gasaußenwandheizer

Nachtspeicheröfen

Fußbodenheizung

• 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
Tapeten
Schornstein
Feuchtigkeit
Kälte
Sonstige

Beschreibung der „gravierenden“ Mängel:

.....

- | | | |
|-----------------|------------------------|-------------------|
| <u>Gerüche:</u> | unauffällig
schwach | deutlich
stark |
|-----------------|------------------------|-------------------|

Beschreibung der Gerüche:

.....

- **Inneneinrichtung:**

- **Mobiliar:** Wo?/Was?/Alter? (z.B. Möbel, Kinderzimmer, 1993)
- Vorwiegend Holz
- Vorwiegend Spanplatten
- Ledergarnitur
- Sonstiges

(Bei Bedarf nutzen Sie bitte die letzte Seite für Ergänzungen!)

- **Wand- und Deckenverkleidung:**

- | | | | |
|------------|-------|----------|--|
| Material | Wand | Decke | Wo? (z.B. Wohnzimmer, Schlafzimmer usw.) |
| Putz |  |  | ..... |
| Gipskarton |  |  | ..... |
| Spanplatte |  |  | ..... |
| Holz |  |  | ..... |
| Polystyrol |  |  | ..... |
| Sonstiges |  |  | ..... |
|
 | | | |
| Tapete | Keine | Papier | ..... |
| | | Sonstige | ..... |

- Fußbodenbelag (wichtigste Räume, Material, verklebt?, usw.)

- | | | | |
|---------------------|----|------|------------|
| | Ja | Nein | Seit wann? |
| Raum/Material ..... |  |  | ..... |
| Raum/Material ..... |  |  | ..... |
| Raum/Material ..... |  |  | ..... |
| Raum/Material ..... |  |  | ..... |

- **Schlafzimmer**

- | | | | |
|-----------------------------------|----|------|------------------|
| Fußboden, welches Material? | Ja | Nein | Seit wann? |
| | | | Seit wann? |
| Polstermöbel |  |  | ..... |
| Tierfelle |  |  | ..... |
| Stoffspielzeug |  |  | ..... |
| Schwere Vorhänge |  |  | ..... |
| Mehrere Betten |  |  | ..... |

- **Bett:**

- | | | | |
|---------------------|----|------|-----------------------|
| | Ja | Nein | Seit wann?/ Bemerkung |
| Roßhaarmatratze |  |  | ..... |
| Federkernmatratze |  |  | ..... |
| Schaumgummimatratze |  |  | ..... |
| Latexmatratze |  |  | ..... |

	Ja	Nein	Seit wann?/ Bemerkung
Federkissen			.....
Federbett			.....
Daunendecke			.....
Wolldecke			.....
Sonstiges			.....

Waschbar

• Tierkontakt/ Haustiere	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		Ja	Nein
-----------	--	----	------

Seit wann?

Anzahl der Zigaretten pro Tag:

Ex-Raucher		Ja	Nein
------------	--	----	------

Seit wann?

Rauchende Familienmitglieder: Ja Nein

Anzahl der Zigaretten pro Tag i. d. Whg.:

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?

Wieviele 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?

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

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

Rheumatische Beschwerden	Ja von	Nein bis	Diagnose / Bemerkung
Muskeln
Gelenke
Medikamente, Welche?

Immunsystem	Ja von	Nein bis	Diagnose / Bemerkung
Banale Infekte
Nasennebenhöhlen
Mundschleimhaut
Bronchitis
Herpesinfektionen
Pilzinfektionen
Lymphknotenschwellungen
Fieber
Sonstige
Medikamente, Welche?

Gynäkologische Erkrankungen / Beschwerden	Ja		Nein
	von	bis	Diagnose / Bemerkung
Zyklusstörungen
Entzündungen
Ausfluß
Juckreiz
Gyn. Erkrankungen
Fertilitätsstörungen
Sterilität
Sonstige
Medikamente, Welche?

Funktionelle Störungen / Allgemeinanamnese	Ja		Nein
	von	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	Nein	Diagnose / Bemerkung
	von	bis	
Haut
Heuschnupfen, allerg. Schnupfen
Atemwege
Magen-Darm-Trakt
Nahrungsmittelenverträglichkeit
Arzneimittelenverträglichkeit
Pollenallergie
Sonstige
Hyposensibilisierung
Medikamente, Welche?

