

Anhang 1: Umweltmedizinischer Fragebogen

JUSTUS-LIEBIG-



UNIVERSITÄT
GIESSEN

KLINIKUM

Fragebogen

Umweltmedizinische Ambulanz

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau und vollständig.
Ihre Angaben unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht; die
datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden streng eingehalten.

**Hessisches Zentrum für
Klinische Umweltmedizin**
am Fachbereich Humanmedizin
Leiter: Prof. Dr. med. Th. Eikmann

Koordinierungsstelle
**Umweltmedizinische Ambulanz des
Instituts für Hygiene und Umweltmedizin**
Leiterin: Dr. med. C. Herr
Friedrichstr. 16, D-35385 Giessen
Tel.: +49-(0)641/99-41472 / Fax: -41459

UMA Nr.:

Personalangaben:

Ausgefüllt am:

Name: Vorname:

Geb.-Datum: Geschlecht:

Geb.-Ort: Krankenkasse:.....

Schulabschluß: Berufsabschluß:

Bei Kindern: Berufsabschluß von Vater und / oder Mutter:

Jetzige Tätigkeit:

PLZ / Wohnort:

Straße:

Tel.-Nr. privat: dienstlich:

Fax: Anrufbeantworter ☐

Hausarzt:.....

Adresse:.....

Tel./Fax:

1 Leitanamnese

1.1 Haben Sie Beschwerden?

☐ ja, seit (Monat und Jahr angeben) ☐ nein

Wenn ja:

1.1.1 Geben Sie bitte mit eigenen Worten eine kurze Beschreibung Ihrer jetzigen Beschwerden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.2 Wann sind Ihre Beschwerden am ausgeprägtesten?

☐ Frühjahr

☐ am Wochenende

☐ bei feuchtem Wetter

☐ Sommer

☐ montags

☐ während der Urlaubszeit

☐ Herbst

☐ freitags

☐ in geschlossenen Räumen

☐ Winter

☐ werktags

☐ im Freien

☐ morgens

☐ in der Freizeit

☐ bei Stress

☐ abends

☐ bei der Arbeit

☐ bei bestimmten Tätigkeiten

Wenn ja, bei welchen?

.....

1.3 Wie verlaufen Ihre Beschwerden?

☐ bestehen dauernd

☐ verlaufen schubweise:

☐ an bestimmte Tätigkeiten gebunden:

☐ haben sich verschlechtert seit:

☐ haben sich gebessert seit:

2 Schadstoffe

2.1 Welchen Schadstoff vermuten Sie als Ursache dieser Beschwerden?

.....
.....
.....

2.2 Wann, auf welche Art, wie lange und wo kommen Sie mit dem vermuteten Schadstoff in Kontakt?

.....
.....
.....
.....
.....

2.3 Wurden bereits Schadstoffanalysen durchgeführt?

☐ ja ☐ nein

2.3.1. Wenn ja, von wem ?

Ergebnis:
.....

2.3. 2. Von wem ?

Ergebnis:
.....

(bitte Befunde in Kopie beilegen)

3 Anamnese

3.1 Welche der folgenden Erkrankungen sind bei Ihnen ärztlich festgestellt worden?

(bitte Befunde in Kopie beilegen)

3.1.1 Bestehen bei Ihnen Allergien?

☐ ja ☐ nein

☐ Haut

☐ Lunge/Bronchien

☐ Augen

☐ Nase

Wenn ja, welche:
.....
.....
.....

3.1.2 Bestehen bei Ihnen Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln, Medikamenten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:
.....
.....
.....

3.1.3 Augenerkrankungen

☐ ja ☐ nein

☐ Kurzsichtigkeit

☐ Weitsichtigkeit

☐ Brillen-/Kontaktlinsenträger seit.....

☐ grauer Star

☐ andere:

3.1.4 Erkrankungen von Hals, Nase, Ohren

☐ ja ☐ nein

☐ Mandelentzündung

☐ Nasennebenhöhlenentzündung

☐ Hörsturz

☐ Schwerhörigkeit

☐ Ohrgeräusch/ Tinnitus

☐ andere

3.1.5 Zahnerkrankungen

☐ ja ☐ nein

☐ Karies

☐ Mundschleimhauterkrankungen

☐ Zahnfleischerkrankungen

☐ Zahn-/Wurzelherde

☐ andere

3.1.6 Zahnrestaurationen☐ ja ☐ nein

Füllungen	Anzahl	davon in Backenzähnen	davon in Schneidezähnen
-----------	--------	-----------------------	-------------------------

☐ Amalgam			
----------------------------------	-------	-------	-------

☐ Gold			
-------------------------------	-------	-------	-------

☐ Keramik			
----------------------------------	-------	-------	-------

☐ Kunststoff			
-------------------------------------	-------	-------	-------

☐			
--------------------------	--	--	--

andere:.....

☐ ehemalige Füllungen:.....**3.1.7 Lungen- und Bronchialerkrankungen**☐ ja ☐ nein☐ chronische Bronchitis ☐ Asthma☐ Emphysem ☐ andere

.....

3.1.8 Herz- und Kreislauferkrankungen☐ ja ☐ nein☐ Infarkt ☐ Herzgefäßerkrankung☐ hoher Blutdruck ☐ andere

.....

3.1.9 Stoffwechselerkrankung☐ ja ☐ nein☐ Alterszucker (Diabetes Typ II) ☐ Angeborener Diabetes Typ I☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Gicht☐ Fettstoffwechselstörung ☐ andere:.....

.....

3.1.10 Magen-, Darm-, Lebererkrankungen☐ ja ☐ nein☐ Gallensteine ☐ Hepatitis/Gelbsucht☐ Magen-/Darmgeschwür ☐ Magenschleimhautentzündung/Gastritis☐ andere**3.1.11 Nierenerkrankungen, Harnwegserkrankungen**☐ ja ☐ nein☐ Niereninsuffizienz ☐ Nierensteine☐ Nierenbeckenentzündung ☐ wiederholte Blasenentzündung☐ andere

3.1.12 Gefäßerkrankungen☐ ja ☐ nein☐ venöse Thrombose☐ arterielle Verschlusskrankheit☐ Krampfaderleiden**Wenn ja, welcher Art:**☐ andere**3.1.13 Orthopädische Erkrankungen**☐ ja ☐ nein☐ Wirbelsäulenerkrankungen☐ Rheumatische Erkrankungen☐ Arthrose☐ andere**3.1.14 Haut- und Geschlechtskrankheiten**☐ ja ☐ nein☐ Ausschlagserkrankungen☐ Schuppenflechte (Psoriasis)☐ Hautkrebs☐ andere:**3.1.15 Fruchtbarkeitsstörungen bei Ihnen und/oder Ihrem Partner**☐ ja ☐ nein☐ Ungewollte Kinderlosigkeit☐ Libido-/Potenzstörungen☐ Menstruationsstörungen☐ andere:**3.1.16 Nerven- und Gehirnerkrankungen**☐ ja ☐ nein☐ Epilepsie☐ Schlaganfall☐ Hirnhautentzündung☐ chronischer Kopfschmerz/Migräne☐ andere**3.1.17 Psychische Störungen**☐ ja ☐ nein☐ Depression☐ Angststörungen☐ andere**3.1.18 Psychiatrische Erkrankungen**☐ ja ☐ nein**Wenn ja, welche?****3.1.19 Bestehen bisher nicht aufgeführte Erkrankungen?**☐ ja ☐ nein**Wenn ja, bitte nähere Angaben:**

.....

.....

3.1.20 Hatten Sie Unfälle oder Operationen?☐ ja ☐ nein**Wenn ja**, geben Sie bitte Art des Unfalls bzw. der Operation und den Zeitpunkt an:

.....

.....

.....

.....

3.2 Ärztliche Behandlungen☐ ja ☐ nein**3.2.1** wegen:

.....wann?.....

Arztadresse:

..... Tel.:

3.2.2 wegen:

.....wann?.....

Arztadresse:

..... Tel.:

3.2.3 wegen:

.....wann?.....

Arztadresse:

..... Tel.:

3.2.4 wegen:

.....wann?.....

Arztadresse:

..... Tel.:

3.3 Aufenthalte in Kliniken:☐ ja ☐ nein**3.3.1** wegen:..... wann: wo:**3.3.2** wegen:..... wann: wo:**3.3.3** wegen:..... wann: wo:*(bitte Befunde in Kopie beilegen)***3.4 Nehmen Sie Medikamente/Vitamine oder Sonstiges ein?**☐ ja ☐ nein**Wenn ja**, geben Sie bitte das Präparat, die Dosis und die Einnahmedauer an:

.....

.....

.....

3.5 Rauchverhalten**3.5.1 Rauchen Sie?**☐ ja ☐ nein**3.5.1.1 Wenn ja, seit wieviel Jahren rauchen Sie?**

.....Jahre

Was und durchschnittlich wieviel rauchen Sie?

☐ Zigaretten

..... Stück täglich

☐ Zigarren

..... Stück täglich

☐ Pfeifen

..... Stück täglich

3.5.1.2 Wenn nein:

Wie lange sind Sie Nichtraucher/-in?

☐ schon immer☐ Raucher/-in vonbis.....

Was haben Sie damals geraucht?

Wieviel haben Sie geraucht? Stück täglich

3.5.2 Wie viele Zigaretten werden durchschnittlich pro Tag in Ihrer Gegenwart (zu Hause, Arbeitsplatz, Freizeit) geraucht? Stück**3.5.3 Rauchen Personen in Ihrem Haushalt? Wenn ja, wer?****3.6 Trinken Sie alkoholische Getränke?**☐ ja ☐ nein☐ nicht mehr seit 19.....**3.6.1 Wenn ja, wieviel Wein/Sekt/Obstwein trinken Sie im Durchschnitt pro Woche?**☐ keinen☐ bis 0.25 l☐ bis 0,5 l☐ bis 1 l☐ mehr als 1 l☐ gelegentlich**3.6.2 Wenn ja, wieviel Bier trinken Sie im Durchschnitt pro Woche?**☐ kein☐ bis 0.25 l☐ bis 0,5 l☐ bis 1 l☐ mehr als 1 l☐ gelegentlich**3.6.3 Wenn ja, wieviel hochprozentige Alkoholika (Schnaps, Branntwein) trinken Sie im Durchschnitt pro Woche?****3.7 Wie groß sind Sie?**

.....cm

3.8 Wieviel wiegen Sie?

.....kg

3.8.1 Haben Sie in der letzten Zeit zugenommen?☐ ja ☐ nein**Wenn ja, wieviel und in welchem Zeitraum?****3.8.2 Haben Sie in der letzten Zeit abgenommen?**☐ ja ☐ nein**Wenn ja, wieviel und in welchem Zeitraum?**

4 Familienanamnese

4.1 Leben Sie allein?

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, geben Sie bitte an, mit wem (z.B. Ehepartner, Kinder etc.):

.....

4.2 Wenn Sie nicht alleine wohnen: Haben auch andere

☐ ja ☐ nein

Mitglieder Ihrer Lebensgemeinschaft ähnliche Beschwerden wie Sie?

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

.....

4.3 Familienstand

☐ ledig ☐ verheiratet seit ☐ getrennt lebend seit

☐ geschieden seit ☐ verwitwet seit

4.4 Haben Sie Geschwister?

☐ ja ☐ nein

.....Brüder/.....Schwester/n

4.5 Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?

4.6 Wie viele Kinder haben Sie?

Sohn/Tochter:

Alter:

1. Jahre

2. Jahre

3. Jahre

4. Jahre

Weitere.....

4.7 Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten?

	nein	ja	wer?
chronische Bronchitis/Lungenkrankheiten	☐	☐	
Allergien/Neurodermitis	☐	☐	
Nervenerkrankungen	☐	☐	
Krebserkrankungen	☐	☐	
Herz-Kreislauferkrankungen	☐	☐	
Sonstige:			
.....			
.....			

5 Wohnbereich

5.1 Geben Sie bitte Ihren derzeitigen Wohnhaustyp an:

- ☐ 1-2 Familienhaus
 ☐ Hochhaus
☐ Mehrfamilienhaus
 ☐ Fertighaus
☐ Sonstiges

5.2 In welcher Etage wohnen Sie? Etage

5.3 Wie groß ist die Wohnung, in der Sie leben ?qm

5.4 Wie viele Räume hat Ihre Wohnung? Räume

5.5 Wie alt ist das Gebäude?Jahre

5.5.1 Aus welchem Material besteht das Wasserleitungssystem in Ihrer Wohnung/Haus?

- ☐ Kupfer
 ☐ Plastik(PE)
 ☐ Eisen/Stahlrohr
 ☐ Blei
 ☐ sonstiges:

5.6 Seit wieviel Jahren leben Sie dort?Mo./Jahre

5.7 In welchem Wohnumfeld liegt Ihre Wohnung?

- ☐ Großstadt (>100000 Einwohner)
 Wenn ja:
☐ Zentrum
 ☐ Stadtrand
☐ Mittelgroße Stadt (<100000 Einwohner)
 Wenn ja:
☐ Zentrum
 ☐ Stadtrand
☐ Kleinstadt (<10000 Einwohner)
☐ auf dem Land

5.8 Gibt es in Ihrem Wohnumfeld Gewerbebetriebe / Industrieanlagen / Deponien / Tankstellen o.ä.?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

	welche?	Entfernung?
1.		
2.		
3.		

5.9 Gibt es in Ihrem Wohnumfeld...

Entfernung (km)

- Hauptverkehrsstraßen? ☐ ja ☐ nein
 Autobahnen? ☐ ja ☐ nein
 Grünanlagen? ☐ ja ☐ nein
 Landwirtschaftliche Nutzflächen? ☐ ja ☐ nein
 Sonstige? ☐ ja ☐ nein

5.10 Wie viele Stunden halten Sie sich Std./Tag
durchschnittlich pro Tag in Ihrer Wohnung auf?

5.11 Fühlen Sie sich in Ihrer Wohnung belästigt (z.B. Lärm, Gerüche, Staub)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte an, wodurch:
.....

5.12 Fühlen Sie sich in Ihrer Wohnung wohl?

☐ Sehr ☐ Ziemlich ☐ Mäßig ☐ Wenig ☐ Überhaupt nicht

5.13 Würden Sie Ihre Wohnung als ruhig bezeichnen?

☐ Sehr ☐ Ziemlich ☐ Mäßig ☐ Wenig ☐ Überhaupt nicht

5.14 Wie wird Ihre Wohnung beheizt?

☐ Fernheizung ☐ Zentralheizung ☐ Etagen-/Einzelraumheizung

5.14.1 Bei Etagen- oder Einzelraumheizung: Womit heizen Sie?

☐ Koks/Kohle/Briketts/Holz ☐ Öl ☐ Sonstiges :

☐ Strom ☐ Gas

5.14.2 Betreiben Sie in Ihrer Wohnung einen offenen Kamin / Kaminofen? ☐ ja ☐ nein

5.15 Angaben zum Raumklima

Temperatur ☐ warm °C ☐ kalt °C ☐ indifferent

Luftfeuchte ☐ feucht ☐ trocken ☐ indifferent

Schimmelbildung ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo:

5.16 Benutzen Sie ein Lüftungs- oder Klimasystem? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Art:

5.17 Haben Sie Kontakt mit Tieren (auch außerhalb des Haushalts)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, mit welchen:

.....
.....
.....
.....

5.18 Haben Sie Grün-/Blühpflanzen in Ihrer Wohnung?☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele/welche:.....
.....

5.19 Bitte beschreiben Sie die Ausstattung Ihrer Räume**5.19.1 Küche****1 Fußboden:**

- ☐ Holz.....Jahre alt
☐ lackiert ☐ natur
☐ geölt/gewachst
☐ Linoleum.....J. alt
☐ Fliesen
☐ Teppichboden.....J. alt
☐ Kunstfaser ☐ Wolle
☐ sonstige.....J. alt
.....
.....

2 Wände/Decken:

- ☐ Tapete.....J. alt
☐ Raufaser.....J. alt
☐ Putz.....J. alt

3 Sonstige Einrichtungen:

- ☐ Möbel.....J. alt
☐ Holz massiv natur/geölt ☐ Holz massiv lackiert
☐ Holzimitat (Spanplatten, Kunststoff)
☐ Textilien.....J. alt
☐ sonstiges.....

5.19.2 Wohnzimmer**1 Fußboden:**

- ☐ Holz.....Jahre alt
☐ lackiert ☐ natur
☐ geölt/gewachst
☐ Linoleum.....J. alt
☐ Fliesen
☐ Teppichboden.....J. alt
☐ Kunstfaser ☐ Wolle
☐ sonstige.....J. alt
.....
.....

2 Wände/Decken:

- ☐ Tapete.....J. alt
☐ Raufaser.....J. alt
☐ Putz.....J. alt

3 Sonstige Einrichtungen:

- ☐ Möbel.....J. alt
☐ Holz massiv natur/geölt ☐ Holz massiv lackiert
☐ Holzimitat (Spanplatten, Kunststoff)
☐ Textilien.....J. alt
☐ sonstiges.....

5.19.3 Schlafzimmer**1 Fußboden:**

- ☐ Holz.....Jahre alt
☐ lackiert ☐ natur
☐ geölt/gewachst
☐ Linoleum.....J. alt
☐ Fliesen

- ☐ Teppichboden J. alt
☐ Kunstfaser ☐ Wolle
☐ sonstige.....J. alt
.....
.....

2 Wände/Decken:☐ Tapete.....J. alt☐ Raufaser.....J. alt☐ Putz.....J. alt

.....

.....

4 Matratze:☐ Federkern☐ Latex☐ Roßhaar☐ Schaumstoff**5 Bettdecke/Kopfkissen:**☐ Federn☐ Kunststoff☐ Seide☐ Wolle**5.19.4 Andere Räume****1 Fußboden:**☐ Holz.....Jahre alt☐ lackiert ☐ natur☐ geölt/gewachst☐ Linoleum.....J. alt☐ Fliesen☐ Teppichboden.....J. alt☐ Kunstfaser ☐ Wolle☐ sonstige.....J. alt

.....

.....

2 Wände/Decken:☐ Tapete.....J. alt☐ Raufaser.....J. alt☐ Putz.....J. alt**3 Sonstige Einrichtungen:**☐ Möbel.....J. alt☐ Holz massiv natur/geölt ☐ Holz massiv lackiert☐ Holzimitat (Spanplatten, Kunststoff)☐ Textilien.....J. alt☐ sonstiges.....**5.20 Kommen Sie in Ihrer Wohnung eventuell mit Schadstoffen in Kontakt?**☐ ja ☐ nein

(z.B. bei Renovierungsarbeiten)

Wenn ja, wobei und mit welchen (bitte nennen Sie auch die Produktnamen)?.....

.....

.....

.....

5.21 Angaben zu früheren Wohnungen (Nr. 1 = letzte Wohnung)**5.21.1 Wohnsitz Nr. 1 von 19...bis 19...**

Stadt/Ort..... Postleitzahl/Kreis/Staat.....

In welchem Umfeld befand sich die Wohnung?

☐ Großstadt (>100000 EW)☐ Kleinstadt (bis 10000 EW)☐ Mitttelgroße Stadt (bis 100000 EW)☐ Dorf (bis 1000 EW)

Wohnhaustyp (siehe 5.1).....

In welcher Etage haben Sie gewohnt? Etage

Wie wurde die Wohnung beheizt (siehe 5.14)?

Raumausstattung (bzgl. der einzelnen Parameter siehe 5.15-5.20).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie stark war bei Ihrer Wohnung der Kraftfahrzeugverkehr?

☐ sehr stark (Staus) ☐ stark ☐ mäßig ☐ wenig ☐ gar nicht

Gab es in der Umgebung Industrieanlagen, Deponien o.ä. (siehe 5.8.).....

.....

.....

.....

.....

5.21.2 Wohnsitz Nr. 2 von 19...bis 19...

Stadt/Ort..... Postleitzahl/Kreis/Staat.....

In welchem Umfeld befand sich die Wohnung?

☐ Großstadt (>100000 EW)☐ Kleinstadt (bis 10000 EW)☐ Mitttelgroße Stadt (bis 100000 EW)☐ Dorf (bis 1000 EW)

Wohnhaustyp (siehe 5.1).....

In welcher Etage haben Sie gewohnt? Etage

Wie wurde die Wohnung beheizt (siehe 5.14)?

[illegible]

.....

.....

[illegible]

.....

6 Freizeitbereich

(Bei Kindern: Frage 6.1,6.2 und 6.3 sind auch auf Aktivitäten innerhalb der Schule bezogen)

6.1 Welchen Freizeitaktivitäten/Hobbies gehen/gingen Sie nach (auch Musikgenuß, Gartenarbeit)?

.....

.....

.....

6.2 Kommen/kamen Sie in Ihrer Freizeit eventuell mit Schadstoffen in Kontakt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wobei (z.B. Töpfern, Motorsport, Disco etc.) und mit welchen (bitte nennen Sie auch die Produktnamen oder Anlagen):

.....

.....

.....

6.3. Treiben Sie Sport? ☐ ja ☐ nein

6.3.1 Wenn ja, welchen?

6.3.2 Wie oft? /Woche

6.4 Welche Reinigungsmittel werden in Ihrem Haushalt eingesetzt?

.....

.....

.....

6.5 Benutzen Sie Körperpflegemittel? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....

.....

.....

.....

.....

6.6 Wie lange sind Sie etwa - auch als Fußgänger oder Radfahrer - im Straßenverkehr Autoabgasen ausgesetzt?

Weniger als 1 Stunde täglich ☐

Mehr als 1 Stunde täglich ☐

7 Arbeitsbereich

7.1 Haben Sie Bundeswehr- oder Zivildienst geleistet?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Tätigkeit haben Sie dort ausgeübt?

7.2 Beschäftigung Nr.1 (aktuell)

seit: Monat/Jahr

7.2.1 Name der Firma/Arbeitgeber

7.2.2 Stadt/Stadtteil

7.2.3 Kreis/Staat

7.2.4 Wirtschaftszweig/Branche

7.2.5 Beruf

7.2.6 Welche Aufgaben haben/hatten Sie (bis zu 4 Tätigkeiten)?

7.2.7 Arbeitszeiten

☐ ganztags (8 Std./Tag)

☐ Teilzeit

☐ keine Angaben

7.2.8 Werden/wurden in Ihrem Arbeitsbereich Produkte hergestellt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Bearbeitung womit?

7.2.9 Werden/wurden in Ihrem Arbeitsbereich Produkte transportiert,

☐ ja ☐ nein

verpackt oder gelagert?

Wenn ja, welche:

7.2.10 Kommen/kamen an Ihrem Arbeitsplatz folgende Belastungen vor?

Gase/Dämpfe ☐ ja ☐ nein

Lösungsmittel ☐ ja ☐ nein

Staub ☐ ja ☐ nein

Schwermetalle ☐ ja ☐ nein

Pestizide ☐ ja ☐ nein

Kunststoffe ☐ ja ☐ nein

Asbest/Glasfaser ☐ ja ☐ nein

Lärm ☐ ja ☐ nein

Streß ☐ ja ☐ nein

Hitze/Kälte ☐ ja ☐ nein

sonstige

7.2.11 Wie häufig kamen Sie mit dem Schadstoff in Kontakt? /Tag oder Woche

Über welchen Zeitraum? Minuten oder Stunden

Wenn möglich, nennen Sie die Produktnamen der Schadstoffe/Arbeitsstoffe

7.2.12 Unterliegt Ihr Arbeitsplatz der Gefahrstoffverordnung?

☐ ja ☐ nein

7.2.13 Finden/fanden regelmäßig betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchungen statt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....

.....

7.3 Beschäftigung Nr. 2

seit: Monat/Jahr

7.3.1 Name der Firma/Arbeitgeber**7.3.2 Stadt/Stadtteil****7.3.3 Kreis/Staat****7.3.4 Wirtschaftszweig/Branche****7.3.5 Beruf****7.3.6 Welche Aufgaben haben/hatten Sie (bis zu 4 Tätigkeiten)?**

.....

7.3.7 Arbeitszeiten☐ ganztags (8 Std./Tag)☐ Teilzeit☐ keine Angaben**7.3.8 Werden/wurden in Ihrem Arbeitsbereich Produkte hergestellt?**☐ ja ☐ nein**Wenn ja, welche:**

Bearbeitung womit?

7.3.9 Werden/wurden in Ihrem Arbeitsbereich Produkte transportiert,☐ ja ☐ nein**verpackt oder gelagert?****Wenn ja, welche:****7.3.10 Kommen/kamen an Ihrem Arbeitsplatz folgende Belastungen vor?**Gase/Dämpfe ☐ ja ☐ neinLösungsmittel ☐ ja ☐ neinStaub ☐ ja ☐ neinSchwermetalle ☐ ja ☐ neinPestizide ☐ ja ☐ neinKunststoffe ☐ ja ☐ neinAsbest/Glasfaser ☐ ja ☐ neinLärm ☐ ja ☐ neinStreß ☐ ja ☐ neinHitze/Kälte ☐ ja ☐ nein

sonstige

.....

7.3.11 Wie häufig kamen Sie mit dem Schadstoff in Kontakt? /Tag oder Woche

Über welchen Zeitraum? Minuten oder Stunden

Wenn möglich, nennen Sie die Produktnamen der Schadstoffe/Arbeitsstoffe

.....

7.3.12 Unterliegt Ihr Arbeitsplatz der Gefahrstoffverordnung?☐ ja ☐ nein**7.3.13 Finden/fanden regelmäßig betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchungen statt?**☐ ja ☐ nein**Wenn ja, welche:**

.....

.....

7.4 Beschäftigung Nr. 3

seit: Monat/Jahr

7.4.1 Name der Firma/Arbeitgeber**7.4.2 Stadt/Stadtteil****7.4.3 Kreis/Staat****7.4.4 Wirtschaftszweig/Branche****7.4.5 Beruf****7.4.6 Welche Aufgaben haben/hatten Sie (bis zu 4 Tätigkeiten)?****7.4.7 Arbeitszeiten**☐ ganztags (8 Std./Tag)☐ Teilzeit☐ keine Angaben**7.4.8 Werden/wurden in Ihrem Arbeitsbereich Produkte hergestellt?**☐ ja ☐ nein**Wenn ja, welche:**

Bearbeitung womit?

7.4.9 Werden/wurden in Ihrem Arbeitsbereich Produkte transportiert,☐ ja ☐ nein**verpackt oder gelagert?****Wenn ja, welche:****7.4.10 Kommen/kamen an Ihrem Arbeitsplatz folgende Belastungen vor?**Gase/Dämpfe ☐ ja ☐ neinLösungsmittel ☐ ja ☐ neinStaub ☐ ja ☐ neinSchwermetalle ☐ ja ☐ neinPestizide ☐ ja ☐ neinKunststoffe ☐ ja ☐ neinAsbest/Glasfaser... ☐ ja ☐ neinLärm ☐ ja ☐ neinStreß ☐ ja ☐ neinHitze/Kälte ☐ ja ☐ nein

sonstige

7.4.11 Wie häufig kamen Sie mit dem Schadstoff in Kontakt? /Tag oder Woche

Über welchen Zeitraum? Minuten oder Stunden

Wenn möglich, nennen Sie die Produktnamen der Schadstoffe/Arbeitsstoffe

7.4.12 Unterliegt Ihr Arbeitsplatz der Gefahrstoffverordnung?☐ ja ☐ nein**7.4.13 Finden/fanden regelmäßig betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchungen statt?**☐ ja ☐ nein**Wenn ja, welche:**

8 Ernährung

8.1 Getränke

8.1.1 Trinken Sie Milch?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Milch trinken Sie überwiegend?

Vollmilch (3.5% Fett) ☐

H-Vollmilch (3,5% Fett) ☐

fettreduzierte Milch (1,5% Fett) ☐

H-fettreduzierte Milch (1,5% Fett) ☐

fettarme Milch (0,5% Fett) ☐

8.1.1.1 Wie viel Milch trinken Sie im Durchschnitt täglich?

☐ bis 0,25 l☐ bis 0,5 l☐ bis 0,75 l☐ bis 1 l☐ mehr als 1 l

8.1.1.2 Kaufen Sie die Milch überwiegend direkt vom Erzeuger (Bauernhof)?

☐ ja ☐ nein

8.1.2 Wie viel Leitungswasser trinken Sie im Durchschnitt täglich (bitte denken Sie auch an Kaffee- und Teekonsum)?

☐ kein☐ bis 0,25 l☐ bis 0,5 l☐ bis 1 l☐ 1 bis 2 l☐ 2 bis 3 l

8.1.3 Wie viel Mineralwasser trinken Sie im Durchschnitt täglich?

☐ kein☐ bis 0,25 l☐ bis 0,5 l☐ bis 1 l☐ 1 bis 2 l☐ 2 bis 3 l

Welches (Mehrfachnennungen möglich)?

.....

8.1.4 Wie viel Fruchtsaft trinken Sie im Durchschnitt täglich?

☐ kein☐ bis 0,25 l☐ bis 0,5 l☐ bis 1 l☐ mehr als 1 l

Welchen (Mehrfachnennungen möglich)?

.....

8.2 Welches Streichfett (z.B. Butter oder Margarine) nehmen Sie überwiegend zu sich?

Sie essen nie Streichfett ☐

Halbfett-, "Leicht"- Butter ☐

Butter ☐

Margarine ☐

8.2.1 Wie viel Gramm essen Sie im Durchschnitt täglich davon?

etwa.....g täglich

(Eine Portion im Gasthaus/Hotel enthält ca. 20 g.)

8.3 Wie viele Eier (auch in zubereiteten Speisen) essen Sie im Durchschnitt?

☐ keine ☐ 1-3 Eier/Monat ☐ 1-3 Eier/Woche ☐ 4-6 Eier/Woche ☐ ≥ 7 Eier/Woche

8.4 Wie oft in der Woche essen Sie Salat und Gemüse?

☐ nie ☐ 1-2 mal ☐ 3-4 mal ☐ 4-5 mal ☐ (fast) täglich

8.4.1 Stammen das Gemüse, der Salat (auch tiefgefroren, eingekocht)

☐ ja ☐ nein

überwiegend aus einem privaten Garten oder von einem bestimmten Erzeuger?

Wenn ja, wo befindet sich dieser Garten/dieser Erzeuger?

In unmittelbarer Umgebung des Hauses/Wohnung? ☐

Weiter entfernt: Luftlinie ca.m

8.5 Ernähren Sie sich vegetarisch, d.h. ohne Fleisch, Wurst, Fisch?

☐ ja ☐ nein

8.6 Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?**8.6.1 Leber**

☐ gar nicht ☐ etwa einmal / Woche
☐ einmal im Monat oder seltener ☐ mehrmals / Woche

8.6.2 Nieren

☐ gar nicht ☐ etwa einmal / Woche
☐ einmal im Monat oder seltener ☐ mehrmals / Woche

8.6.3 Andere Innereien?

Welche?

☐ gar nicht ☐ etwa einmal / Woche
☐ einmal im Monat oder seltener ☐ mehrmals / Woche

8.6.4 Süßwasserfische (Forelle, Karpfen, Wels)

☐ gar nicht ☐ 2-3 mal im Monat ☐ mehrmals / Woche
☐ einmal im Monat oder seltener ☐ etwa einmal / Woche ☐ (fast) täglich

8.6.5 Meeresfische, Muscheln und Krustentiere

(z.B. Fischstäbchen, Seelachs, Heilbutt, Steinbutt, Hering, Thunfisch, Krabben, auch Konserven)

☐ gar nicht ☐ 2-3 mal im Monat ☐ mehrmals / Woche
☐ einmal im Monat oder seltener ☐ etwa einmal / Woche ☐ (fast) täglich

8.6.6 Pilze (z.B. frische Pilze, Pilze in Konserven)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ gar nicht | ☐ 2-3 mal im Monat | ☐ mehrmals / Woche |
| ☐ einmal im Monat oder seltener | ☐ etwa einmal / Woche | ☐ (fast) täglich |

8.7 Wie oft kauen Sie Kaugummi / Kaubonbons

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ gar nicht | ☐ etwa einmal / Woche | ☐ mehrmals / Tag |
| ☐ einmal im Monat oder seltener | ☐ mehrmals / Woche | Std. täglich |

8.8 Wie oft essen Sie Schokolade oder Süßigkeiten**8.8.1 ☐ Schokolade**

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ gar nicht | ☐ etwa einmal / Woche | ☐ mehrmals / Tag |
| ☐ einmal im Monat oder seltener | ☐ mehrmals / Woche | |

8.8.2 ☐ andere Süßigkeiten (welche):

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ gar nicht | ☐ etwa einmal / Woche | ☐ mehrmals / Tag |
| ☐ einmal im Monat oder seltener | ☐ mehrmals / Woche | |

8.9 Wie oft essen Sie Müsli?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ gar nicht | ☐ 2-3 mal im Monat | ☐ mehrmals / Woche |
| ☐ einmal im Monat oder seltener | ☐ etwa einmal / Woche | ☐ (fast) täglich |

8.10 Sind Sie gestillt worden?☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht**Wenn ja,** wie lange:(Monate)**8.11 Haben Sie gestillt?**☐ ja ☐ nein**Wenn ja,**

1. Wann (Monat/Jahr) und wie lange:(Monate)
2. Wann (Monat/Jahr) und wie lange:(Monate)
3. Wann (Monat/Jahr) und wie lange:(Monate)
4. Wann (Monat/Jahr) und wie lange:(Monate)

9 Ergänzungen durch den Untersucher / die Untersucherin:

[illegible]