
Fragebogen ÖKO CHECK

Schadstoffbelastung in Innenräumen

- Teil I** **Persönliche Daten**
- Teil II** **Fragen zum Wohnumfeld**
- Teil III** **Fragen zu verwendeten Bau- und Wohnmaterialien**
- Teil IV** **Fragen zur gesundheitlichen Beeinträchtigung**
- Teil V** **Fragen zu elektrotechnischen Einrichtungen**

Persönliche Daten der betroffenen Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
(PLZ) Wohnort	
Straße	
Telefon - privat	
dienstlich	
Beruf	<small>(bitte ausfüllen)</small>

Teil I: persönliche Informationen¹

1. Haben Sie gesundheitliche Probleme, die Sie auf Ihr "Wohnumfeld" zurückführen?²

nein **ja** **nicht bekannt**

2. Interessieren Sie sich für Schadstoffe in Ihrem Wohnumfeld, weil Sie wissen möchten, ob Ihr Wohnumfeld gesundheitsgerecht ist?

nein **ja**

3. Sie haben sonstige Gründe, warum Sie sich für Schadstoffe im Wohnumfeld interessieren?

nein **ja**

und zwar folgende:

4. Bewohnen Sie eine Wohnung oder ein ganzes Haus und wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Wohnung **Haus**

mit _____ Personen, davon _____ Mieter

5. Haben Sie beruflich oder in Ihrer Freizeit mit giftigen oder gefährlichen Stoffen Kontakt?

nein **ja** **nicht bekannt**

Wenn **ja**, mit welchen?

¹ Bitte möglichst vollständig alle "fett" umrandeten Felder ankreuzen bzw. ausfüllen

² falls Sie Ja antworten, sollten Sie im Fragebogen Teil IV -"gesundheitliche Beeinträchtigungen" detailliert auftretende Symptome angeben

und wie lange sind Sie diesen Stoffen ausgesetzt?

<input type="checkbox"/>	weniger als eine Stunde / Tag
<input type="checkbox"/>	1 bis 3 Stunden / Tag
<input type="checkbox"/>	3 bis 6 Stunden / Tag
<input type="checkbox"/>	mehr als 6 Stunden / Tag

6. Woher haben Sie unsere Anschrift bekommen?

--	--

Teil II: Informationen über Ihr Wohnumfeld

1. Welchen "Gebäudetyp" bewohnen Sie?

<input type="checkbox"/>	Gebäudetyp
<input type="checkbox"/>	Holzhaus
<input type="checkbox"/>	Steinhaus
<input type="checkbox"/>	Fertighaus/ Typ
<input type="checkbox"/>	Einfamilienhaus
<input type="checkbox"/>	Mehrfamilienhaus
<input type="checkbox"/>	Hochhaus
<input type="checkbox"/>	Plattenbau
<input type="checkbox"/>	andere Gebäudeart:

2. Wieviel Quadratmeter Wohnfläche bewohnen Sie insgesamt? ca. _____m²

3. Wieviele und welche Zimmer hat Ihre Wohnung und wie groß sind diese?

<input type="checkbox"/>	Nutzungsart	Anzahl	Fläche (m ²)
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer		
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer		
<input type="checkbox"/>	Küche		
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer		
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer		
<input type="checkbox"/>	Flur		
<input type="checkbox"/>	Abstellräume		
<input type="checkbox"/>	Keller		
<input type="checkbox"/>	Nebenräume		
<input type="checkbox"/>	...		
<input type="checkbox"/>			

4. Baujahr des Gebäudes? _____

5. Seit wann bewohnen Sie dieses Gebäude? _____ (Jahre / Monate)³

6. Sind Ihnen die früheren Besitzer / Mieter bekannt?

ne n **ja**

falls ja, geben Sie bitte folgende Informationen an:

Besitzer	bewohnte das Haus	
	von	bis
1.		
2.		
3.		

Ist Ihnen bekannt, ob die Vorbesitzer/-mieter auch über Beschwerden geklagt haben?

ne n **ja**

7. Wo liegt Ihre Wohnung?

<input type="checkbox"/>	Großstadt
<input type="checkbox"/>	Innenstadtbereich
<input type="checkbox"/>	Stadtrand
<input type="checkbox"/>	Mittelstadt
<input type="checkbox"/>	Kleinstadt
<input type="checkbox"/>	Dorf
<input type="checkbox"/>	Gehöft
<input type="checkbox"/>	...
<input type="checkbox"/>	

³ nicht zutreffendes bitte streichen

8. Gibt es Schadstoffquellen in ihrem Wohnumfeld?

Schadstoffquellen	weniger als 100m entfernt	zwischen 100 - 500 m entfernt	weiter als 500m entfernt
Hauptverkehrsstraße/Autobahn			
Chemische Reinigung			
Lackiererei			
Müllverbrennungsanlage			
Kfz-Werkstätten			
Tankstellen			
andere Industrieanlagen			

9. Wie beheizen Sie Ihre Wohnung bzw. Ihr Haus?

Heizungstyp
Ölheizung
Gasheizung
Gasetagenheizung
Elektrospeicherheizung
“Allesbrennerheizung” (Koks, Holz, Kohle)
Einzelraumbeheizung durch Festbrennstoffe (Holz, Kohle, Briketts)
Einzelraumbeheizung durch Gasöfen
Einzelraumbeheizung durch Ölöfen
Kamin - “offene” Feuerstelle (Holz)
Lüftungsanlage/ Klimaanlage
....

10. Sofern Sie eine Einzelraumbeheizung in Ihrer Wohnung haben, geben Sie bitte den Raum bzw. die Räume an, in denen Sie diese betreiben:

	Nutzungsart
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer
<input type="checkbox"/>	Küche
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer
<input type="checkbox"/>	Flur
<input type="checkbox"/>	Abstellräume
<input type="checkbox"/>	Keller
<input type="checkbox"/>	Nebenräume
<input type="checkbox"/>	...
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

11. Aus welchem Material sind Ihre Wasserrohre, die in Ihrer Wohnung/Haus verlegt wurden?

	Material
<input type="checkbox"/>	Blei -Bleilegierung
<input type="checkbox"/>	Kupfer
<input type="checkbox"/>	Kunststoff
<input type="checkbox"/>	verzinkter Stahl
<input type="checkbox"/>	Material nicht bekannt
<input type="checkbox"/>	sonstiges Material
<input type="checkbox"/>	...

12. Gibt es in Ihrer Wohnung feuchte Stellen?

nein **ja** **nicht bekannt** :

falls ja, gibt es in Ihrer Wohnung **Schimmelpilzbildung**
(Bitte Raum und Zeitpunkt des Auftretens angeben):

	Raum	Zeitpunkt des Auftretens
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

13. Haben Sie in Ihrem Haus/Ihrer Wohnung Raumluftechnische Anlagen?

nein **ja**

14. Benutzen Sie in Ihrem Umfeld eine oder mehrere der folgenden Einrichtungen?

	Einrichtung
<input type="checkbox"/>	Sauna
<input type="checkbox"/>	Whirlpool
<input type="checkbox"/>	Schwimmbad
<input type="checkbox"/>	Klimaanlage im Auto
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

15. Verwenden Sie einige der folgenden Mittel im Haushalt?

nein **ja**

Mittel	Raum	Produktname/Firma
Desinfektionsmittel		
Schädlingsbekämpfungsmittel		
Imprägnierungsmittel		

Wie oft wenden Sie dieses Mittel im Durchschnitt an?

	pro Monat
	pro Jahr

Teil III: Fragen zu den verwendeten Bau- und Wohnmaterialien in Ihrem Wohnumfeld

1. Wurden in den Räumen Ihrer Wohnung Verkleidungen an Decken und/oder Wänden eingebaut?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--------------------------------------	------------------------------------

falls **ja**, geben Sie bitte den Raum / die Räume an und das Jahr des Einbaus:

	Räume	Jahr des Einbaus
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer	
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer	
<input type="checkbox"/>	Küche	
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer	
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer	
<input type="checkbox"/>	Flur	
<input type="checkbox"/>	Abstellräume	
<input type="checkbox"/>	Keller	
<input type="checkbox"/>	Nebenträume	
<input type="checkbox"/>	...	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

2. Welches Material wurde zur Oberflächenverkleidung verwendet und in welchem Raum wurde es eingesetzt?

	Material	Raum
<input type="checkbox"/>	Innenbauplatten aus Preßspan	
<input type="checkbox"/>	Vollholz	
<input type="checkbox"/>	Faserverbundplatten/ Gipsplatten	
<input type="checkbox"/>	Furnierte Paneelen/Platten (Decken/ Wandverkleidung)	
<input type="checkbox"/>	Dämmmaterial	
<input type="checkbox"/>	Kunststoffpaneelen/Platten	
<input type="checkbox"/>	Holzpaneelen	
<input type="checkbox"/>	Balken	
<input type="checkbox"/>	Styroporplatten	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

3. Wurde dieses Material/Holz oberflächenbehandelt?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
--------------------------	---	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---

Wenn **ja**, bitte geben Sie das verwendete **Produkt** und den ungefähren **Zeitpunkt** der Anwendung (Jahr) an und wenn bekannt den Produktnamen.

	Beispiele	Raum	Produktname	Anwendungsjahr
<input type="checkbox"/>	Holzschutzmittel			
<input type="checkbox"/>	Abbeizmittel			
<input type="checkbox"/>	Lacke			
<input type="checkbox"/>	Farben			
<input type="checkbox"/>	Reinigungsmittel,			
<input type="checkbox"/>	Flammschutzmittel			
<input type="checkbox"/>	Dichtungsmaterial			
<input type="checkbox"/>	Kleber			
<input type="checkbox"/>	Imprägnierungsmittel			
<input type="checkbox"/>	Desinfektionsmittel,			
<input type="checkbox"/>	Schädlingsbekämpfungsmittel			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>				

4. Haben Sie in Ihrem Haus noch weitere Holzbauteile - außer Möbeln - in Ihrem Haus, wie zum Beispiel Treppen, Holzbalken, Fenster, Türen, Zargen oder Geländer, die Sie oberflächenbehandelt haben?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
--------------------------	---	--------------------------	------------------------------------

Falls ja, in welchem Wohnbereich befinden sich diese?

	Nutzungsart	oberflächen- behandelt		nicht bekannt
		ja	nein	
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer			
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer			
<input type="checkbox"/>	Küche			
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer			
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer			
<input type="checkbox"/>	Flur			
<input type="checkbox"/>	Abstellräume			
<input type="checkbox"/>	Keller			
<input type="checkbox"/>	Nebenräume			
<input type="checkbox"/>	Dachboden			
<input type="checkbox"/>	Außenbereich (Fassade, Dach, Terrasse, Balkon)			

falls ja, bitte geben Sie das verwendete **Produkt**, den **ungefähren Zeitraum** der Anwendung (Jahr) an und ordnen Sie den entsprechenden Raum zu:

	Beispiele	Raum	Produktname	Anwendungsjahr
<input type="checkbox"/>	Holzschutzmittel			
<input type="checkbox"/>	Abbeizmittel			
<input type="checkbox"/>	Lacke			
<input type="checkbox"/>	Farben			
<input type="checkbox"/>	Reinigungsmittel,			
<input type="checkbox"/>	Flammschutzfarben			
<input type="checkbox"/>	Dichtungsmaterial			
<input type="checkbox"/>	Kleber			
<input type="checkbox"/>	Imprägnierungsmittel			
<input type="checkbox"/>	Desinfektionsmittel,			
<input type="checkbox"/>	Schädlingsbekämpfungsmittel			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

5. Sind in Ihrem Haus/Ihrer Wohnung dauerelastische Fugenmassen zwischen Betonfertigteilen eingesetzt worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
-------------------------------	-----------------------------	--

Wenn **ja**, in welchen Räumen?

	Räume
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer
<input type="checkbox"/>	Küche
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer
<input type="checkbox"/>	Flur
<input type="checkbox"/>	Abstellräume
<input type="checkbox"/>	Keller
<input type="checkbox"/>	Nebenräume
<input type="checkbox"/>	Dachboden
<input type="checkbox"/>	...
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

6. Haben Sie Bodenmaterialien in Ihrer Wohnung verlegt und in welchen Räumen wurden diese verklebt?

	Bodenmaterialien	Räume	verklebt		Zeitpunkt
			ja	nein	
<input type="checkbox"/>	synthetische Teppichböden				
<input type="checkbox"/>	Wollteppich				
<input type="checkbox"/>	Kunststoffboden/PVC Belag				
<input type="checkbox"/>	Naturbelag				
<input type="checkbox"/>	Stein				
<input type="checkbox"/>	Holzboden/ Parkett				
<input type="checkbox"/>	Fliesen				
<input type="checkbox"/>	Kork				
<input type="checkbox"/>	Sisal				
<input type="checkbox"/>	Teppiche mit Wollanteil				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>					

7. In welchen Räumen und wann haben Sie Wollteppiche oder Wollteppichböden verlegt?

	Räume	Zeitpunkt
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer	
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer	
<input type="checkbox"/>	Küche	
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer	
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer	
<input type="checkbox"/>	Flur	
<input type="checkbox"/>	Abstellräume	
<input type="checkbox"/>	Keller	
<input type="checkbox"/>	Nebenräume	
<input type="checkbox"/>	Dachboden	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

8. Haben Sie in Ihrer Wohnung Parkettfußboden?

nein ja

falls ja, geben Sie bitte die "Parkettart" an:

<input type="checkbox"/>	Parkett aus Vollholz
<input type="checkbox"/>	Parkett mit Pressspananteilen
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

Wenn ja, welches Produkt? _____ (Name)

falls das Parkett versiegelt wurde, geben Sie bitte an, in welchem Raum/Räumen und zu welchem Zeitpunkt dies durchgeführt wurde?

	Räume	Zeitpunkt
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer	
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer	
<input type="checkbox"/>	Küche	
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer	
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer	
<input type="checkbox"/>	Flur	
<input type="checkbox"/>	Abstellräume	
<input type="checkbox"/>	Keller	
<input type="checkbox"/>	Nebenräume	
<input type="checkbox"/>	Dachboden	

9. Haben Sie in Ihrem Haus/Ihrer Wohnung PVC-Böden verlegt?

nein ja

Wenn ja, welches Produkt? _____ (Name)

Geben Sie bitte an, in welchem Raum/Räumen und zu welchem Zeitpunkt dies durchgeführt wurde:

	Nutzungsart	Zeitpunkt	PVC-ART	
			PVC-Bahnen	PVC-Platten
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer			
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer			
<input type="checkbox"/>	Küche			
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer			
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer			
<input type="checkbox"/>	Flur			
<input type="checkbox"/>	Abstellräume			
<input type="checkbox"/>	Keller			
<input type="checkbox"/>	Nebenräume			
<input type="checkbox"/>	Dachboden			
<input type="checkbox"/>	...			
<input type="checkbox"/>				

10. Welche Möbel befinden sich in Ihren Wohnräumen:

	Möbelarten	Raum	seit wann besitzen Sie diese	höherer Anteil	geringerer Anteil
<input type="checkbox"/>	Kunststoffmöbel				
<input type="checkbox"/>	Möbel, bei denen Preßspan verarbeitet wurde				
<input type="checkbox"/>	antike Möbel				
<input type="checkbox"/>	Vollholzmöbel				
<input type="checkbox"/>	Ledermöbel				
<input type="checkbox"/>	Metallmöbel				
<input type="checkbox"/>	Polstermöbel				
<input type="checkbox"/>	Möbel aus anderen Materialien				
<input type="checkbox"/>				

11. Wo und wann haben Sie die letzte größere Renovierung in Ihrem Wohnbereich durchgeführt?

	Räume	Zeitraum
<input type="checkbox"/>	Wohnzimmer	
<input type="checkbox"/>	Schlafzimmer	
<input type="checkbox"/>	Küche	
<input type="checkbox"/>	Arbeitszimmer	
<input type="checkbox"/>	Kinderzimmer	
<input type="checkbox"/>	Flur	
<input type="checkbox"/>	Abstellräume	
<input type="checkbox"/>	Keller	
<input type="checkbox"/>	Nebenräume	
<input type="checkbox"/>	Dachboden	
<input type="checkbox"/>	...	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

12. Wer hat diese Renovierungsarbeiten durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	Firma/ Handwerker
<input type="checkbox"/>	Eigenarbeit
<input type="checkbox"/>	unbekannt

13. Wann wurden die Renovierungsarbeiten durchgeführt?

	Arbeiten	Zeitpunkt
<input type="checkbox"/>	Wärmedämmarbeiten	
<input type="checkbox"/>	Anstricharbeiten	
<input type="checkbox"/>	Tapezierarbeiten	
<input type="checkbox"/>	Anbringung von Decken/Wandverkleidungen	
<input type="checkbox"/>	Verlegung von Bodenbelägen	
<input type="checkbox"/>	Renovierung von Innenbauteilen aus Holz	
<input type="checkbox"/>	Renovierung von Einrichtungsgegenständen	
<input type="checkbox"/>	Austausch von Bauteilen im Innenbereich	
<input type="checkbox"/>	sonstige Renovierungsarbeiten	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		

14. Welche Materialien wurden bei den vorgenommenen Arbeiten eingebaut, eingesetzt und angewendet, falls bekannt bitte auch Produktnamen angeben?

	Beispiele	Raum	Produktname	Zeitpunkt
<input type="checkbox"/>	Holzschutzmittel			
<input type="checkbox"/>	Gipsplatten			
<input type="checkbox"/>	Spanplatten			
<input type="checkbox"/>	Abbeizmittel			
<input type="checkbox"/>	Lacke			
<input type="checkbox"/>	Farben			
<input type="checkbox"/>	Reinigungsmittel,			
<input type="checkbox"/>	Flammschutzfarben			
<input type="checkbox"/>	Dichtungsmaterial			
<input type="checkbox"/>	Kleber			
<input type="checkbox"/>	Imprägnierungsmittel			
<input type="checkbox"/>	Desinfektionsmittel,			
<input type="checkbox"/>	Schädlingsbekämpfungsmittel			
<input type="checkbox"/>	Holzbauteile			
<input type="checkbox"/>	Kunststoffbauteile			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>				

15. Haben Sie nähere Informationen zu den Materialien, die verarbeitet wurden (z.B. mündliche Auskunft, sicherheitsdatenblätter oder andere "Unbedenklichkeitsbescheinigungen)?

ja nein

wenn ja; von wem haben Sie diese Information erhalten?

<input type="checkbox"/>	vom Handwerker
<input type="checkbox"/>	vom Händler
<input type="checkbox"/>	vom Hersteller
<input type="checkbox"/>	

Teil IV: Fragen zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

1. Leiden Sie unter unspezifischen Krankheitssymptomen?

 nein ja

falls ja, bitte zählen Sie alle auftretenden Symptome auf:

Individuelle Symptomliste (aus der Liste der häufig auftretenden Symptome)	Bitte alle aufgetre- tenen Syn- ptome an- kreuzen	Verbesse- rung bei längerer Abwesenheit von der Wohnung	Verbesse- rung im Urlaub	Ver- schlechtere- rung nach der Rück- kehr in die Wohnung
vermehrtes Müdigkeitsgefühl				
schnellere Ermüdbarkeit				
Antriebsarmut				
Gefühl allgemeiner Schwäche				
verminderte Konzentrationsfähigkeit				
Gedächtnisprobleme				
fehlender Überblick bei komplexen Aufgaben				
Kopfschmerzen				
Schmerzen in Knochen und Gelenken				
Magen-Darm-Beschwerden				
Infekthäufung				
vermehrter Speichelfluß				
Augenbrennen				
allgemeine Ruhelosigkeit				
innere Unruhe				
Reizbarkeit				
Leistungsknick im Beruf				
kalte Hände - kalte Füße				
Gesichtsschwellungen				
Schwellungen der Augenlider				
Zittern der Hände				
vermehrte Hautprobleme (Akne, Juckreiz)				
vermehrtes Schwitzen				
Interessenverlust				
Schlafstörungen				
Depressionen				
Angstzustände				
Alkoholunverträglichkeit				
weitere Symptome:				
....				

2. Wann sind diese Symptome zum erstenmal verstärkt aufgetreten?

<input type="text"/>	Monat (en)
<input type="text"/>	Jahr (en)

3. Sind Ihre Beschwerden in einem zeitlichen Zusammenhang mit Veränderungen in Ihrem Wohnumfeld aufgetreten?

	Beispiele	Zeitpunkt
<input type="checkbox"/>	Umzug	
<input type="checkbox"/>	Neukauf von Teppichen	
<input type="checkbox"/>	Renovierung der Wohnung	
<input type="checkbox"/>	Neukauf von Möbeln	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

4. Befinden Sie sich wegen der genannten Symptome in ärztlicher Behandlung?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	----

falls ja, beim

<input type="checkbox"/>	Hausarzt
<input type="checkbox"/>	Facharzt
<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker
<input type="checkbox"/>	sonstige...

5. Hat der betreffende Arzt/Heilpraktiker Umweltgifte als mögliche Ursache der Leiden in Erwägung gezogen?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	----

6. Liegen Ihnen Blut- oder Urinalysen vor? (Wenn ja, möchten wir Sie bitten den Befund beizulegen)

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	----

7. Sind Sie oder Familienangehörige Raucher oder wird in Ihren Wohnräumen geraucht?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	----

8. Sind bei Ihnen oder betroffenen Familienangehörigen "Unverträglichkeiten" auf chemische Substanzen bekannt?

ne in **ja**

falls **ja**, wer ist betroffen und um welche Stoffe handelt es sich?

	Familienmitglied	unverträgliche Substan z
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

9. Leiden Sie unter "Unverträglichkeit" von Nahrungsmitteln?

ne in **ja**

falls ja, unter folgenden

10. Sind Sie Allergiker oder leiden Sie unter Asthma?

<input type="checkbox"/>	Allergiker
<input type="checkbox"/>	Asthmatiker

11. Halten Sie Haustiere?

ne in **ja**

wenn ja, welche? _____

12. Sind Ihnen in Ihrer Familie, im selben Haus oder in der Nachbarschaft Menschen mit ähnlichen Krankheitsbilder wie den Ihren bekannt?

ne in **ja**

Teil V: Fragen zu elektrotechnischen Einrichtungen

1. Befinden sich in unmittelbarer Nachbarschaft zu Ihrem Haus/Ihrer Wohnung folgende Objekte:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----

wenn ja, um welches Objekt handelt es sich?

	Objekt
<input type="checkbox"/>	Einrichtungen der öffentlichen Stromversorgung: Hochspannungsleitungen, Erdkabel, Trafostationen
<input type="checkbox"/>	öffentliche Verkehrslinien mit Hochspannungsleitungen: Bundesbahn, Straßenbahn
<input type="checkbox"/>	Rundfunk-, Fernseh- und Mobilfunksender
<input type="checkbox"/>	elektrische Großgeräte aus Industrie und Gewerbe
<input type="checkbox"/>	

2. Befinden sich in Ihrem Schlafzimmer oder im Kinderzimmer folgende Geräte?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----

wenn ja, bitte kreuzen Sie das entsprechende Gerät an:

	Gerät
<input type="checkbox"/>	Radiowecker, Radio oder Hifi-Anlage in Kopfnähe
<input type="checkbox"/>	Babyphon
<input type="checkbox"/>	Fernseher
<input type="checkbox"/>	Elektroheizung im Nachtbetrieb, el. Heizlüfter, el. Fußbodenheizung
<input type="checkbox"/>	Heizdecke im Bett, el. beheiztes Wasserbett
<input type="checkbox"/>	Kabelleitungen in Kopfnähe, ev, unter Putz rund ums Bett, Verlängerungskabel in Bettnähe
<input type="checkbox"/>	elektrische Großgeräte in Nachbarräumen
<input type="checkbox"/>	

3. Gibt es auf dem Dach Ihres Hauses Mobilfunkantennen für C-, D-, E-Netz Telefone?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----