



Studie zur Umweltbelastung von Kindern in Deutschland

Dokumentationsbogen – standardisiertes Interview

für:

Morgen-Urin (Seite 2 – 3, Fragen 1 – 6)

Trinkwasser (Seite 4 – 6, Fragen 7 – 11)

Staubsaugerbeutelinhalt (Seite 7 – 10, Fragen 12 – 20)

Schallpegelmessung (Seite 11 – 13, Fragen 21 – 28)

Hörtest (Seite 14 – 15, Fragen 29 – 36)

ID-Nr. Kind/Jugendliche(r)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------------	--

Datum der Erhebung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 200 <input type="text"/>
--------------------	--

Begeher-Nr.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------	--

Interviewer: Die Fragen in den grau unterlegten Feldern sind nur an Sie gerichtet.

Die Fragen in den weißen Feldern richten Sie bitte an die Eltern oder bei Bedarf an die Kinder.

Angaben zur Morgen-Urin-Probe

1 HAUSBESUCH: Wurde eine Morgen-Urin-Probe **abgegeben**?

- Ja **☞ Bitte weiter mit Frage 2**
- Nein .. **➔ Weil**
- a) Probenahme wurde am Morgen vergessen Nachholtermin vereinbaren **☞ Frage 7**
 - b) Verweigerung **☞ Frage 7**
 - c) andere Gründe und zwar: _____ **☞ Frage 7**
 - d) Probe wird beim Gesundheitstermin abgegeben **☞ Frage 7**

NACHTRÄGLICHE ABGABE: Wurde eine Morgen-Urin-Probe **nachträglich abgegeben**?

- Ja **☞ Bitte weiter mit Frage 2**
- Nein ... Begründung: _____ **Ende Morgenurin**

2 Ist das Probengefäß mit einer Nummer versehen?

- Nein.... **➔** Bitte nachholen Ja

3. Ist die Morgen-Urin-Probe vollständig?

- Ja
- Nein ... Begründung: _____

4. Vom Etikett abschreiben oder ggf. beim Probanden nachfragen

Interviewer: Bitte prüfen Sie die Angaben auf Plausibilität!

a) Morgen-Urin gewonnen

	Datum				Uhrzeit					
am			200		um			:		
	Tag	Monat	Jahr			Stunde	Minute			

b) Wann war Ihr Kind das letzte Mal vor der Probenahme auf der Toilette

	Datum				Uhrzeit					
am			200		um			:		
	Tag	Monat	Jahr			Stunde	Minute			

5. Wie wurde die Probe bis zur Abholung im Haushalt aufbewahrt?

- Kühlschrank
- Sonstiger kühler Ort
- Ungekühlt

6. Wann hat Ihr Kind folgende **Speisen** das letzte Mal vor der Urinprobe zu sich genommen?

Interviewer: Liste A vorlegen. Bitte in jeder Zeile ein Kreuz.

		Gestern (vor 1 Tag)	Vorgestern (vor 2 Tagen)	Vor 3 Tagen	Vor mehr als 3 Tagen / nie	weiß nicht
A	Geräucherte Speisen..... z. B. Schinken, Kassler, Rauchwurst, Rauchkäse, Lachs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	gegrillte Speisen über offenem Feuer/Glut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn gegrillte Speisen:

a) Wurde zwischen Feuer und Speise eine Alu-/ Edelstahl-Schale gestellt?

Ja.....

Nein....

Weiß nicht.....

b) Wurde zum Grillen ein besonderer Grill (z. B. mit Reflektoren) verwendet?

Ja.....

Nein....

Weiß nicht.....

		Gestern (vor 1 Tag)	Vorgestern (vor 2 Tagen)	Vor 3 Tagen	Vor mehr als 3 Tagen / nie	Weiß nicht
C	Fisch Denken Sie bitte auch an Thunfisch im Salat oder auf der Pizza und an Krabbencocktail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Fisch vor 1, 2 oder 3 Tagen, dann:

C1 **Krusten-/ Schalentiere**
Hummer, Languste, Scampi, Krabben,
Garnelen, Austern, Muscheln

C2 **Fetteichen Fisch**
Aal, Bismarck-/Brat-/Hering,
Gabelbissen, Goldback, Haifisch,
Filets, Gourmet-Filet mit Blattspinat
Dornhai, Lachs, Rollmops, Sprotten,
Thunfisch, Thunfisch in Öl, Waller (Wels)

C3 **Fettarmer Fisch**
Barsch, Brasse, Brosme, Felchen,
Flunder, Forelle, Goldbarsch, Hecht,
Heilbutt weiß, Kabeljau, Karpfen,
Katfisch, Kaviar, Krill, Lengfisch, Limande,
Meeräsche,- barbe, Rochen, Rotzunge,
Sardine, Schellfisch, Schleie, Scholle,
Schwertfisch, Seehecht, -lachs, -teufel,
-zunge, Steinbutt, Stint, Stör, Zander

C4 **Fischstäbchen**

Angaben zum Trinkwasser

7 HAUSBESUCH: Wurde eine Stagnations-Trinkwasser-Probe **abgegeben**?

Interviewer: Falls bereits eine Stagnations-Trinkwasser-Probe eines befragten Geschwisters abgegeben wurde, bitte „Nein“ ankreuzen und unter Begründung (c) die ID-NR. der Geschwisters eintragen.

Ja **Bitte weiter mit Frage 8**

- Nein .. Weil
- a) Probenahme wurde am Morgen vergessen Nachholtermin vereinbaren **Frage 9.1**
 - b) Verweigerung **Frage 9.1**
 - c) andere Gründe und zwar: _____ **Frage 9.1**
 - d) Probe wird beim Gesundheitstermin abgegeben **Frage 9.1**

NACHTRÄGLICHE ABGABE: Wurde eine Stagnations-Trinkwasser-Probe **nachträglich abgegeben**?

Ja **Bitte weiter mit Frage 8**

Nein ... Begründung: _____ **Bitte weiter mit Frage 9.1**

8 Ist das Probengefäß mit einer **Nummer** versehen?

Nein.... Bitte nachholen Ja

9 Vom Etikett abschreiben oder ggf. beim Probanden nachfragen

Interviewer: Bitte prüfen Sie die Angaben auf Plausibilität!


a) Stagnations-Probe genommen:


		Datum		Uhrzeit	
am			200	um	:
	Tag	Monat	Jahr		Stunde Minute

b) Wann wurde aus demselben Wasserhahn, aus dem die Probe gewonnen wurde, das letzte Mal vor der Probenahme Wasser entnommen?

		Datum		Uhrzeit	
am			200	um	:
	Tag	Monat	Jahr		Stunde Minute

9.1 Wurde eine **Zufalls-Trinkwasserprobe** genommen?

Ja ...  **Bitte weiter mit Frage 9.2**


Nein Begründung: _____  **Bitte weiter mit Frage 10**

9.2 Die **Zufalls-Trinkwasserprobe** wurde genommen:

		Datum				Uhrzeit	
	am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	200	<input type="text"/>	um	<input type="text"/>
		Tag	Monat	Jahr			Stunde Minute

10. a) Wurde der **Nitrat/Nitrit-Schnelltest** (Teststreifen) durchgeführt?


Ja

Nein ... Begründung: _____  **Bitte weiter mit Frage 11!**


b) Notieren Sie das **Ergebnis**

Nitrat	Nitrit
0 mg/l <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 mg/l
10 mg/l <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 mg/l
25 mg/l <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5 mg/l
50 mg/l <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10 mg/l
100 mg/l <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 mg/l
250 mg/l <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40 mg/l
500 mg/l <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 80 mg/l

c) Liegt eine **Störung** der Nitrat-Messung vor (Verfärbung bei Nitrit)?

Nein  Teilen Sie dem Probanden mit und informieren Sie ihn:

- wenn Nitrat < **50 mg/l**: Der Grenzwert der Trinkwasserverordnung ist **eingehalten**.
- wenn Nitrat \geq **50 mg/l**: Der Grenzwert der Trinkwasserverordnung ist **überschritten**. Dieses Wasser ist kein Trinkwasser und darf nicht für die Zubereitung von Säuglingsnahrung verwendet werden. Aber der Sticktest stellt nur einen Screening-Test dar, so dass gezielte Untersuchungen folgen sollten, insbesondere wenn es sich um eine Eigenbrunnenversorgung handelt. Für eine gezielte Untersuchung können Sie sich an Ihr zuständiges Gesundheitsamt oder an Ihr Wasserversorgungsunternehmen wenden.

Ja  Teilen Sie dem Probanden mit, dass keine Nitratmessung erfolgen konnte, weil eine Störung vorlag. Der Schnelltest ist jedoch nur eine Screening-Methode, so dass gezielte Untersuchungen folgen sollten, insbesondere, wenn es sich um eine Eigenbrunnenversorgung handelt. Für eine gezielte Untersuchung können Sie sich an Ihr zuständiges Gesundheitsamt oder an Ihr Wasserversorgungsunternehmen wenden.

11. a) Wurde der **Gesamthärte**-Schnelltest (**Teststreifen**) durchgeführt?

Ja

Nein ... Begründung: _____

☞ **Bitte weiter mit Frage 12!**

b) Notieren Sie das **Ergebnis** kein, 1, 2, 3 oder 4 rosaviolett gefärbtes Kästchen)

		Gesamthärte	Härtebereich*	Beurteilung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	unter 3°		1 sehr weich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zwischen 4° und 7°		2 weich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zwischen 7° und 14°		3 mittelhart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zwischen 14° und 21°		4 hart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Über 21°		5 sehr hart

* Härtebereich (HB) nach dem Waschmittelgesetz

Die Härte des Wassers wird durch den Gehalt an Calcium- und Magnesiumionen bestimmt. Die Berücksichtigung des Härtebereichs ist zum Beispiel für die Dosierung des Waschmittels von Bedeutung.

Angaben zum Staubsaugerbeutelinhalt

12. Wurde der Staubsaugerbeutelinhalt **entnommen**?

Interviewer: Falls bereits eine Staubsaugerbeutelinhalts-Probe eines befragten Geschwisters abgegeben wurde, bitte „Nein“ ankreuzen und unter „c) und zwar _____“ die ID-NR. der Geschwisters eintragen.

Ja

Nein → Weil a) kein Staubsauger im Haushalt



zentrale Absaugereinheit im Haus.....

nur gewischt wird, da nur glatte Böden ..

Staubsauger nicht funktioniert

sonstiges

und zwar: _____

b) nasses (Beutel-)Material im Staubsauger

c) sonstiges und zwar: _____

Bitte weiter mit Frage 21, sofern Kind 8 Jahre und älter ist. Ansonsten Ende des Dokumentationsbogens

13. Ist das Probengefäß mit einer **Nummer** versehen?

Nein.... → Bitte nachholen Ja

14. Wann wurde der Staubsaugerbeutelinhalt **entnommen**?

Datum

am 200

Tag Monat Jahr

15. **Wie viele** Monate, Wochen oder Tage befand sich der **Staubsaugerbeutel im Staubsauger**? Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte:

Tage

Wochen

Monate

Weiß nicht .

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf diese Zeit, das heißt, auf die Zeit, in der sich der Staubsaugerbeutel im Staubsauger befand.

16. Wurde auch **außerhalb der Wohnung** (z. B. Garage, Balkon, Auto) gesaugt?

Ja

Nein

Weiß nicht ..

17. a) Welche **Fußbodenbeläge** wurden **gesaugt**? b) Wie **groß** sind die **gesaugten Flächen** jeweils? Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!

Interviewer: Liste **B** vorlegen, in jede Zeile ein Kreuz und nur volle qm eintragen!

Textiler Bodenbelag und zwar:	Weiß			qm	Weiß nicht
	Nein	nicht	Ja		
A Teppichboden, Teppiche, Läufer aus <u>Kunstfaser</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Teppichboden: verklebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B Teppichboden, Teppiche, Läufer aus <u>Naturfaser</u> (z. B. Wolle, Tierhaarmischung)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Teppichboden: verklebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C Teppichboden, Teppiche, Läufer; aus unbekanntem Material (u.a. <u>Mischfaser</u>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Teppichboden: verklebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glatter Bodenbelag und zwar:					
D Holzparkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Holzparkett: mit Bitumenkleber / teerhaltigem Kleber (schwarzer Kleber) verklebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E Holzdielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
F Laminat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
G PVC.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
H Linoleum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
I/J Fliesen, Steinfußboden, Marmor, Beton, Estrich, Kacheln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
K Kork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
L Sonstige abwischbare Bodenbeläge und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

18. a) Mit welchen **Wand- und Deckenbeläge** sind die gesaugten Räume ausgestattet?
 b) Und welchen Anteil hat der jeweilige Belag bezogen auf alle gesaugten Räume?

Interviewer: Liste C vorlegen und in jede Zeile mindestens ein Kreuz!

	Nein	Weiß nicht	Ja		eher wenig	eher mittel	eher viel
A Papiertapete, Putz, Mauerwerk, Rigips <u>ohne</u> <u>Farbanstrich</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Papiertapete; Putz, Mauerwerk, Rigips <u>mit</u> <u>Farbanstrich</u> (z. B. Dispersionsanstrich) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Textiltapete, Textilbespannung, Stoffe oder Teppiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Kork(-tapete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Kunststofftapete, Kunststoffbespannung, PVC-Beläge, Styropor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F abwaschbare Anstriche, Ölfarben, Lacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Wandfliesen, Kacheln, Naturstein, Glasbaustein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Holz, Holzverkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Holz, Holzverkleidung:							
a) beschichtet (z.B. mit Lack beschicht).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) behandelt (gebeizt, eingeölt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) unbehandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I/J sonstige Wandbeläge und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. a) Viele der heutigen **Möbel**, z. B. Schränke, Regale, Kleinmöbel, bestehen nicht mehr aus Vollholz, sondern aus **gepresster Spanplatte**. Wenn Sie an die Einrichtung in den gesaugten Räumen denken, wie verhält es sich da: Befinden sich in diesen Räumen keine, einige oder eher viele Möbel aus gepresster Spanplatte?

Keine

Einige

Eher viele

Bitte weiter mit Frage 20!

b) **Wo** und **wann** wurde **der größte Teil** dieser **Möbel gekauft**?

Interviewer: Bitte A und B beachten!

A in den alten Ländern → bis einschl. 1980 ab 1981

B in den neuen Ländern → bis einschl. 1989 ab 1990

20. Nun denken Sie bitte an Ihre **Polstermöbel** in den gesaugten Räumen.

a) Haben Sie Polstermöbel mit:

Interviewer: Liste D vorlegen und in jede Zeile mindestens ein Kreuz!

b) Und welchen Anteil haben die Polstermöbel des jeweiligen Bezugs bezogen auf alle Polstermöbel?

	<u>Nein</u>	<u>Weiß nicht</u>	<u>Ja</u>		<u>eher einige</u>	<u>eher viele</u>
A Textilem Bezug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Lederbezug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Kunststoffbezug (z. B. Lederimitat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dokumentation der Schallpegelmessung

Im Schlafrum des Kindes an dem Fenster zu der am meisten befahrenen/ lautesten Straße. Wenn möglich, sicherstellen, dass sich in diesem Raum keine Personen befinden, weil Gespräche die Messung stören.

21. Befinden sich in diesem Raum **Fenster** in verschiedenen Richtungen?

Nein

Ja



wenn ja, bestimmt der Interviewer das Fenster vor dem nach Einschätzung des Interviewers zum Zeitpunkt des Besuches die größte Lärmbelastung herrscht und somit die Schallpegelmessung erfolgt.

22. a) Befindet sich vor dem Fenster, vor dem die Schallpegelmessung erfolgte, eine **Straße**?

Nein

Bitte weiter mit Frage 23!

Ja



b) Wie **stark** ist diese Straße vor diesem Fenster **befahren**?

Interviewer: Liste E vorlegen

Eher

Extrem

schwach

Mäßig

Stark

stark

Probandeneinschätzung

Interviewereinschätzung

c) Wie **stark** ist diese Straße **nachts** von **LKW** oder **Bussen** befahren?

Interviewer: Liste F vorlegen

Eher

Extrem

Nie

schwach

Mäßig

Stark

stark

Probandeneinschätzung

23. Erfolgte die **Schallpegelmessung**?

Nein ... Begründung: _____

☞ Bitte weiter mit Frage 29

Ja



Notieren Sie bitte das **Datum** und die **Uhrzeit** des **Beginns der Messung**

			Datum				Uhrzeit
am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	200	<input type="text"/>	um <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tag	Monat	Jahr			Stunde	Minute

24. a) **Wo** erfolgte die Messung?

b) War das **Fenster/die Tür** während der Messung

	Nein	Ja		Ganz offen	Spaltweit offen	Geschlossen
Außen (z. B. Balkon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innen auf dem Fensterbrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

25. **Dauer der Messung:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minuten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sekunden
----------------------	----------------------	---------	----------------------	----------------------	----------

26. **Ergebnis**

Leq , dB(A)

S MAX , dB(A)

PEAK , dB(A)

27. Welches war **die Haupt-Schallquelle** während des Messzeitraumes?

- Straßenverkehr inkl. Lieferverkehr, parkende Autos etc.
 - Flugverkehr
 - Schienenverkehr
 - Baustellen /Baulärm
 - Industrie / Gewerbebetrieb
 - Personen in der Nachbarschaft z. B. spielende Kinder, Sportplatz ..
 - Gerätschaften in der Nachbarschaft z. B. Rasenmäher, Kreissäge
 - Naturgeräusche z. B. Vogelgezwitscher, Bach, Wind, Regen
 - Sonstige Schallquelle
- und zwar _____

28. Befanden sich während der Schallmessung in **demselben Raum Personen**, die die Messung durch Gespräche oder anderes (z. B. Fernseher, Radio, Musik, Hundegebell) beeinträchtigt haben könnten?

- Ja
- Nein.....

Dokumentation des Hörtestes

29. **Interviewer:** Die **Lautstärke im Raum der Audiometrie** feststellen:

Achtung: Messbereich des Schallpegelmessers auf 20 – 100 dB einstellen, falls nicht schon geschehen

Ergebnis der Schallpegelmessung: dB(A) (Angabe ohne Kommastelle)

30. **Erfolgte der Hörtest?**

Ja

Nein... Begründung:

Abbruch nach 2. Versuch

Kind unkonzentriert

Sonstiges

Und zwar: _____

Ende des Dokumentationsbogens

31. **Ergebnis des Hörtestes:**

Nummer des Gerätes

Frequenz (kHz)	re(chts) obere Reihe (dB)*	li(nks) untere Reihe (dB)*
1	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* Bei Minus-Werten vor die beiden Kästchen ein eintragen

32. Hast Du innerhalb der letzten Stunde vor dem Hörtest **über Kopfhörer laute Musik** (z. B. Walkman) oder andere laute Geräusche (z. B. PC-Spiele) gehört?

Ja

Nein ..

33. Bitte tragen Sie das **Ergebnis** ein. Übertragen Sie das Ergebnis in den **gesonderten Befundbogen „Hörtest“** und händigen den ausgefüllten Bogen an den Sorgeberechtigten aus.

Ergebnis

Bewertung

Alle Werte waren kleiner oder gleich 20 dB(A).

Gute Hörfähigkeit.

Mindestens ein Wert war größer 20 dB(A) aber kleiner als 40 dB(A).

Die Hörfähigkeit ist nicht optimal.
Bitte achten Sie in Zukunft auf Veränderungen des Hörvermögens!

Mindestens ein Wert war größer oder gleich 40 dB(A).

Der Hörtest war auffällig, d. h. möglicherweise besteht ein Hörschaden.
Wir empfehlen Ihnen, eine zusätzliche Überprüfung durch einen HNO-Arzt vornehmen zu lassen, sofern der Befund, sofern der Befund noch nicht bekannt war.

34. Wurde Befundbogen „**Hörtest**“ mit Ergebnis an den Probanden ausgehändigt?

Ja

Nein ..

35. Proband notierte sich zusätzlich die Ergebnisse?

Ja

Nein ..

36. Gab es **Besonderheiten** (z. B. Störgeräusche wie Musik, Fernseher, Gespräche weiterer Personen im Raum; Unterbrechung der Messung; häufige erneute Erklärungen oder andere Störungen wie z. B. Blickkontakt mit dem Kind oder ‚Grimmasschneiden‘) während des Hör-Tests?

Nein ...

Ja um was handelte es sich? _____

Bemerkungen des Umweltinterviewers:

Ende des Dokumentationsbogens