

Datum _____

Pbn-Netto-Nr. _____

Umwelt-Fragebogen

1. Werden in Ihrem Haushalt folgende Produkte verwendet?

	Habe verwendet		⇒	Verwende regelmäßig, d.h. mehrmals im Halbjahr		Habe zuletzt verwendet		
	Nein	Ja		Nein	Ja	vor Jahren	vor Monaten	vor Wo- chen
Chemische Schädlingsbekämpfungsmittel gegen Insekten, Schimmel, Mikroorganismen und Nagetiere, und zwar								
• zur Tierpflege (z.B. gegen Flöhe und Zecken wie Jacutin, Flohalsbänder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• als Pflanzenschutz (z.B. gegen Blattläuse wie Paral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• als Vorratsschutz (z.B. vor Ameisen, Schaben, Ratten und Mäusen wie Blattanex, Killgerm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• als Textilschutz (z.B. Mottenkugeln, -streifen, -tüten wie Nexalette, Vaporin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Insektenvernichtungsmittel in der Wohnung (z.B. Elektroverdampfer mit Verdampfungsplättchen oder Insektensprays wie PSY 9, Paral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• als Körperschutz (z.B. Kopfläusemittel, Mückenschutz wie Jacutin, Autan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• als Bautenschutz (z.B. Holzschutz wie Xylamon, Carbolineum, Basileum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Wurde in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus im letzten Jahr eine **professionelle Schädlingsbekämpfung** durchgeführt?

Nein ⇒ weiter mit Frage 3
 Ja
 ↓

2A. Wann war das? _____ Weiß nicht

2B. Gegen welche Schädlinge? _____ Weiß nicht

2C. In welchen Räumen? _____ Weiß nicht

3. Haben Sie **chemische Holzschutzmittel** in Ihren Wohnräumen verstrichen oder angewendet?

Ja
 Nein ⇒ weiter mit Frage 4
 Weiß nicht ⇒ weiter mit Frage 4

3A. Wie lange ist das her?

Jahre

Monate

Weiß nicht wann

3B. Wie groß war die behandelte Fläche? qm

Kleiner als 1 qm

4. Wie häufig treffen folgende Bedingungen für Sie selbst oder für eine oder mehrere der in Ihrem Haushalt lebenden Personen zu?

	(fast) immer	oft	gelegent- lich	selten	nie
4A. mit Schmutz an der Arbeitskleidung in die Wohnung/in das Haus kommen					
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4B. mit Schmutz aus Heimwerker-/Hobbytätigkeiten (z.B. Kfz-Basteln) in die Wohnung/in das Haus kommen					
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5A. Was für Böden wurden mit dem Staubsauger aus dem Sie den Staubsaugerbeutel genommen haben während der Nutzungsdauer dieses Beutels gesaugt?

- nur Teppichboden/Teppiche
 überwiegend Teppichboden/Teppiche
 überwiegend glatter Boden (z.B. Holz, Parkett, Linoleum, PVC) ⇒ *weiter mit Frage 6*

5B. Wenn nur oder überwiegend Teppichboden/Teppiche:

Handelt es sich bei den Teppichboden/Teppichen um Kunstfaser, Naturfaser oder Mischfaser?

Wie viele Quadratmeter sind es?

Und wie alt (wenn unterschiedliches Alter, bitte immer das Alter der größten Fläche angeben)?
 Wenn unter 1 Jahr (00), dann bitte Monate angeben!

	Trifft zu	qm	Alter	
			Jahre	Monate
• Kunstfaser (z.B. Kunststoff-Velour)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
• Naturfaser (z.B. Wolle, Tierhaarmischung)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
• Mischfaser	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
• Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

6A. Zum Füllen von **Zähnen** wird u.a. **Amalgam** verwendet. Wie viele Zähne mit Amalgam-Füllungen haben Sie? Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte! Bitte schauen Sie in den Spiegel.

- Keine
 Zahl der Zähne
 Weiß nicht

6B. Wie alt ist die zuletzt eingesetzte Amalgam-Füllung?

- Jahre
 Monate
 Weiß nicht

6C. Haben Sie Inlays, Brücken oder Kronen aus Edelmetallen (Gold, Platin, Palladium)?

- Ja
 Nein ⇒ *weiter mit Frage 7*
 Weiß nicht ⇒ *weiter mit Frage 7*

6D. Wieviele Zähne mit Inlays*?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Wieviele Zähne sind überkront*?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Wieviele Zähne sind überbrückt*?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
* Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie!		
7A. Haben Sie innerhalb der letzten 48 Stunden vor der Sammlung der Morgen-Urinprobe Fisch oder Meerestiere gegessen? Denken Sie bitte auch an Thunfisch im Salat oder auf der Pizza, oder Krabbencocktail etc.		
Nein	<input type="checkbox"/>	
Ja	<input type="checkbox"/>	
Und wie war es vor der Blutentnahme ? Haben Sie innerhalb der letzten 48 Stunden vor der Blutabnahme Fisch und Meerestiere gegessen?		
Nein	<input type="checkbox"/>	⇒ weiter mit Frage 8
Ja	<input type="checkbox"/>	
7B. Um welche handelte es sich dabei?	Ja	Nein
Salzwasserfische (Anchovis, Äsche, Barbe, Bückling, Dorsch, Flunder, Hai, Heilbutt, Hering, Kabeljau, Lachs, Makrele, Matjes, Rotbarsch, Sardelle, Sardine, Schellfisch, Scholle, Schwertfisch, Seeaal (Schillerlocke), Seehecht, Seelachs, Seewolf, Seezinge, Steinbutt, Thunfisch, Tintenfisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßwasserfische (Aal, Barsch, Blei (Brasse), Flußkrebs, Forelle, Hecht, Karpfen, Plötze, Ränke, Felchen, Huchen, Saibling, Schleie, Weißfisch, Wels, Zander)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krusten- und Schalentiere (Austern, Hummer, Krabbe, Garnelen, Languste, Muscheln, Scampi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Produkte (Fischpasteten, Fischsuppen, Fischstäbchen, Fischburger, Kaviar, sonstige Fertigprodukte ohne Angabe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn Sie aus Ihrem Wasserhahn Wasser, z.B. zur Zubereitung von Kaffee oder Tee oder zum Kochen entnehmen,		
lassen Sie das Wasser im allgemeinen erst für einige Zeit laufen	<input type="checkbox"/>	
oder		
verwenden Sie es sofort nach Öffnen des Wasserhahns	<input type="checkbox"/>	
oder		
benutzen Sie kein Wasser aus dem Wasserhahn zu den angegebenen Zwecken	<input type="checkbox"/>	⇒ 10

9. Welche Mengen **Trinkwasser aus Leitungen Ihres Haushaltes** nehmen Sie an einem Tag durchschnittlich zu sich?

Kaffee/Tee (gemeint sind kleine Tassen, bei Bechern bitte Angaben verdoppeln!)

- mehr als 6 Tassen
- 5 bis 6 Tassen
- 3 bis 4 Tassen
- 1 bis 2 Tassen
- weniger als 1 Tasse
- trinke fast nie Kaffee/Tee

Leitungswasser „pur“ oder zur Zubereitung von Saft aus Saftkonzentrat oder ähnlichem

- mehr als 6 Gläser (á 0,25 l)
- 5 bis 6 Gläser
- 3 bis 4 Gläser
- 1 bis 2 Gläser
- weniger als ein Glas
- trinke fast nie Leitungswasser
„pur“ oder Saft aus Saftkonzentrat
oder ähnlichem

Suppen

- mehr als 3 Tassen/Teller (á 0,25 l)
- 1 bis 2 Tassen/Teller
- weniger als 1 Tasse/Teller
- esse (fast) nie Suppen

10. Welche **Bauweise** liegt bei dem Haus vor, in dem Sie wohnen?

Handelt es sich bei dem Haus um eine

	Ja	Nein	Weiß nicht
Massivbauweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welches Material wurde verwendet			
Kalksandstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonbrand (Hohlblock)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehm-/Fachwerkbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holzhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beton-Platten-Bau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertigbau (Leichtbauweise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Bitte geben Sie an, ob es im Umkreis von 50 m um das Haus, in dem Sie wohnen, die folgenden Betriebe gibt. Falls „Ja“, geben Sie bitte auch die Entfernung an. Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Entfernung
A) Eine Tankstelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
B) Eine Kfz-Werkstatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
C) Eine Druckerei (Kopie-Center sind hierbei nicht gemeint)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
D) Eine chemische Reinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
E) Einen metallverarbeitenden Betrieb (z.B. Schlosserei, Stahlbau)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
F) Einen Schrottplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
G) Einen lösungsmittelverarbeitenden Betrieb (z.B. Lackiererei)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
H) Einen Viehhaltungsstall (Zoo- und Kleintierhandlungen sind nicht gemeint)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
I) Eine Gärtnerei, Baumschule, landwirtschaftlich genutzte Fläche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m
K) Ein Sägewerk, einen Holzlagerplatz, eine Schreinerei (Baumärkte, die auch Holz anbieten, sind nicht gemeint)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> m

12. Geben Sie bitte für alle Personen in Ihrem Haushalt Geschlecht, Alter und Rauchgewohnheiten an!

	Geschlecht		Alter	Rauchgewohnheiten			
	männlich	weiblich		Nicht-Raucher	Zigaretten	Zigarren/ Zigarillos	Pfeife
Befragte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>