

UMWELTFORSCHUNGSPLAN  
DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR UMWELT,  
NATURSCHUTZ UND REAKTORSICHERHEIT

Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“



Förderkennzeichen (UFOPLAN) 201 61 218/04

## **Studie zum Verlauf und zur Prognose des MCS-Syndroms**

**- Erweiterung der Basisstichprobe und Nachuntersuchung -**

### **ANLAGENBAND** zum Abschlussbericht

Dieter Eis, Anne Dietel, Tilman Mühlinghaus,  
Norbert Birkner, Lars Jordan, Cornelia Meineke, Bertold Renner

in Zusammenarbeit mit dem  
Deutschen MCS-Forschungsverbund

Robert Koch-Institut  
Präsident: Prof. Dr. Reinhart Kurth

Forschungsprojektleitung:  
Dr. Dieter Eis  
Robert Koch-Institut  
FG 22/Umweltmedizin

Im Auftrag des Umweltbundesamtes

Berlin, Januar 2005

## An der Untersuchung beteiligte Einrichtungen und Personen:

|  |   |
|--|---|
| Berichterstatter:  | Dr. med. Dieter Eis, Dr. med. Anne Dietel,<br>Dr. med. Tilman Mühlinghaus,<br>Dr. phil. Norbert Birkner, Lars Jordan,<br>Cornelia Meineke, Dr. med. Bertold Renner  |
| Projektleitung:  | Dr. med. Dieter Eis (Wiss. Dir.)  |
| Studienzentrum:  | Robert Koch-Institut (RKI),<br>FG22/Umweltmedizin   |
| Universitätsklinikum Aachen  | PD Dr. med. Gerhard Andreas Wiesmüller<br>Wibke Weißbach  |
| Charité-RKI-Verbund<br>„Klinische Umweltmedizin“<br>Berlin                                     | Dr. phil. Norbert Birkner<br>Dr. med. Anne Dietel<br>Dr. med. Dieter Eis<br>Lars Jordan<br>Dr. med. Tilman Mühlinghaus<br>Dr. med. Isabel Traenckner-Probst<br>Prof. Dr. med. Ulrich Frei<br>PD Dr. med. Matthias Rose<br>Dr. med. Ute Wolf<br>Prof. Dr. med. Margitta Worm |
| Fachkrankenhaus Nordfriesland<br>Bredstedt   | Dr. med. Eberhard Schwarz<br>Ralf Tönnies<br>Dr. med. Christoph Mai   |
| Universitätsklinikum Giessen,<br>Hessisches Zentrum für<br>Klinische Umweltmedizin             | Prof. Dr. med. Thomas F. Eikmann<br>Prof. Dr. med. Uwe Gieler<br>Dr. med. Caroline E.W. Herr<br>Ines Kopka<br>Dr. med. Jens Mach<br>Dr. med. Doris Stinner  |
| LMU München, Klinikum Innenstadt,<br>Institut und Poliklinik für Arbeits- und<br>Umweltmedizin | Prof. Dr. med. Dennis Nowak<br>Dr. med. Eva Scharrer<br>PD Dr. med. Gunter Wiesner  |
| Universität Erlangen-Nürnberg<br>Institut für Exp. und Klin.<br>Pharmakologie und Toxikologie  | Dr. med. Bertold Renner   |
| Universitätsklinikum Göttingen,<br>Abteilung Klin. Pharmakologie                               | Prof. Dr. med. Jürgen Brockmöller<br>Cornelia Meineke   |

**Danksagung:** Wir danken Frau Alexandra Kaschitzki für die gewissenhafte Erfassung der Daten und Herrn Dr. Stephen Norley für die Überarbeitung der englischsprachigen Zusammenfassung. Besonderen Dank schulden die Autoren außerdem Herrn Prof. Dr. Dennis Nowak, Herrn Ralf Tönnies und Herrn PD Dr. Gerhard Andreas Wiesmüller für die sorgfältige Durchsicht des Berichtsentwurfs und für ihre konstruktiven Verbesserungsvorschläge.

## **ANLAGENBAND**

### **Inhalt**

- 1. Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
der Umweltmedizinischen Ambulanz (UmedFB) – Version 2003**

Änderungen des Umweltmedizinischen Fragebogens (UmedFB)  
von Version 2000 zu Version 2003
- 2. Fragebogen zur Gesundheit  
für umweltmedizinische Patientinnen und Patienten (GesFB)  
(korrigierter Nachdruck der Version 2000)**
- 3. Ärztlicher Basisdokumentationsbogen (BDB)  
Version „MCS-Forschungsverbund 2003“**

Änderungen des ärztlichen Basisdokumentationsbogen (BDB)  
von Version 2000 zu Version 2003
- 4. Nacherhebungsbogen (Telefoninterview)**

Erläuterungen zum Nacherhebungsbogen
- 5. Faktorenanalyse – Tabelle mit Faktorladungen**
- 6. Überregionale Fallkonferenz 18.-20. Juni 2003,  
Robert Koch-Institut, Berlin**
- 7. Ethikkommission und Datenschutz  
(am Beispiel des Berliner Zentrums)**



**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
der Umweltmedizinischen Ambulanz  
(UmedFB)**

Version 2003



# Fragebogen

## für

### Patientinnen und Patienten

### der Umweltmedizinischen Ambulanz

---

#### **Umweltmedizinischer Forschungsverbund:**

Robert Koch-Institut, Berlin (Studienzentrum)  
Universitätsklinikum der RWTH Aachen  
Universitätsklinikum Charité der Humboldt-Universität zu Berlin  
Fachkrankenhaus Nordfriesland, Bredstedt  
Universitätsklinikum Freiburg  
Universitätsklinikum Giessen  
Ludwig-Maximilians-Universität München



## **Liebe Patientinnen, liebe Patienten,**

im Folgenden möchten wir Sie über Sinn und Zweck des beigefügten Fragebogens informieren.

- (1) Der sorgfältig ausgefüllte Bogen liefert dem zuständigen Arzt / der Ärztin in der umweltmedizinischen Ambulanz die nötigen Vorinformationen zu *Ihrer „Umwelt- und Gesundheitsproblematik“*. Dies setzt allerdings voraus, dass Sie den ausgefüllten Fragebogen vor dem ersten Ambulanztermin rechtzeitig mit den notwendigen Unterlagen zurückschicken.
- (2) Die aus ganzheitsmedizinischer Sicht erforderlichen Fragen zum sozialen und familiären Umfeld eines jeden Patienten sowie zu früheren Erkrankungen und zu Lebensgewohnheiten können mit Hilfe des Fragebogens vorab beantwortet werden. Die in der Sprechstunde verfügbare Zeit kann so besser für Ihre wesentlichen umweltbezogenen Gesundheitsprobleme genutzt werden.
- (3) Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung ist darüber hinaus eine strikt *anonymisierte* statistische Auswertung aller Fragebögen in Verbindung mit den klinischen Untersuchungsergebnissen und Laborbefunden vorgesehen. Für diese Auswertung steht nur der vom Vorblatt abgetrennte und damit anonymisierte Fragebogen zur Verfügung. Die Fragebogennummer dient lediglich zur Registrierung der ausgegebenen und rückläufigen Fragebögen. Den strengen Datenschutzbestimmungen ist auf diese Weise vollständig Rechnung getragen.
- (4) Ein weiterer Vorteil des Bogens besteht darin, dass Sie die gestellten Fragen in aller Ruhe zu Hause beantworten können. Der Fragebogen soll Sie außerdem dazu ermuntern, die bereits vorhandenen Labor- und Arztbefunde (möglichst in Kopie) zusammenzustellen. Bitte bringen Sie diese Befunde zum Sprechstundetermin mit oder – besser noch – schicken Sie die Befunde zusammen mit dem Fragebogen vorab an die Ambulanz. Unseres Erachtens können Sie diese Unterlagen durchaus auf dem Postweg versenden, da ja auch sonst Laborbefunde, Arztbriefe und andere medizinische Dokumente per Post zwischen Arztpraxen, Laboratorien und Kliniken verschickt werden.

Wir wissen, dass der Fragebogen relativ umfangreich ist und daher das Ausfüllen etwas längere Zeit beansprucht. Bitte nehmen Sie sich diese Zeit!

Mit freundlichen Grüßen  
gez.

Dr. med. Dipl.-Ing. Dieter Eis  
Wissenschaftlicher Direktor  
- Studienleitung -

Robert Koch-Institut (Bundesinstitut)  
Arbeitsgruppe Umweltmedizin  
13302 Berlin, Postfach 65 02 61

# **Vorblatt zum Fragebogen**

## **für Patienten der Umweltmedizinischen Ambulanz**

Dieses Vorblatt wird aus Datenschutzgründen vor der statistischen Auswertung abgetrennt = Anonymisierung Ihrer Daten!

### **ANGABEN ZUR PERSON**

Kennziffer des Zentrums:

(wird in der Ambulanz ausgefüllt)

Patienten-ID:

(wird in der Ambulanz ausgefüllt)

**Nachname:** .....

**Vorname(n):** .....

**PLZ/Wohnort:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Straße:** .....

**Telefon:** .....

**Überweisender Arzt/Hausarzt:**

Name/Anschrift: .....

Fachrichtung: .....

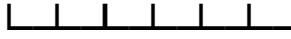
**Weitere derzeit behandelnde Ärzte oder sonstige Therapeuten**

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



# Fragebogen für Patienten der Umweltmedizinischen Ambulanz

## - Anonymisierter Teil -

|   |  |  |
|---|--|--|
| Datum des Ausfülltages:   | Kennziffer des Zentrums:   | Patienten-ID:  |
| <br>Tag      Monat      Jahr | <br>(wird in der Ambulanz ausgefüllt) | <br>(wird in der Ambulanz ausgefüllt) |

### 1. Wie alt sind Sie?

 Jahre

### 2. Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich  
 weiblich

### 3. Welche Postleitzahl hat Ihr Wohnort?



### 4. In welchem Bundesland wohnen Sie? .....

### 5. Geben Sie bitte Ihre Staatsangehörigkeit an:

- deutsch  
 andere Staatsangehörigkeit      → Welche? .....

### 6. Seit wann leben Sie in Deutschland?

(Frage bezieht sich auf mögliche Umweltbelastungen im In- oder Ausland!)

- Seit der Geburt  
 Seit       → Wo haben Sie vorher gelebt? .....

### 7. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße an:

 cm

### 8. Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht an:

 kg

## GRUND DER INANSPRUCHNAHME/DERZEITIGE GESUNDHEITSBESCHWERDEN

### 9. Welche Gesundheitsbeschwerden beeinträchtigen Sie derzeit (bzw. in letzter Zeit) besonders?

Sie können hier bis zu drei **Haupt**beschwerden angeben (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung)! Bitte pro Zeile nur eine Beschwerdeangabe! Weitere Gesundheitsbeschwerden können in Frage 10 genannt werden.

(1) ..... seit wann? .....

(2) ..... seit wann? .....

(3) ..... seit wann? .....

### 10. Gibt es darüber hinaus weitere Gesundheitsbeschwerden oder Erkrankungen, an denen Sie zur Zeit (bzw. in letzter Zeit) leiden? Sie können hier bis zu drei weitere Beschwerden angeben, darüber hinaus gehende Beschwerden bitte auf einem Extrablatt beilegen (unter Berücksichtigung der Frage 11)

(4) ..... seit wann? .....

(5) ..... seit wann? .....

(6) ..... seit wann? .....

### 11. Welche der unter Frage 9 und 10 angegebenen Beschwerden sind Ihrer Meinung nach durch Umweltfaktoren (z. B. Schadstoffe) ausgelöst?

Ordnen Sie bitte den vorgenannten Beschwerden jeweils den/die vermuteten Auslöser zu.

| Beschwerden-Nr. | Schadstoffe/Umwelteinflüsse | Seit wann besteht die Schadstoffbelastung? |
|-----------------|-----------------------------|--|
| (1)             | .....                       | <input type="checkbox"/> weiß nicht        |
| (2)             | .....                       | <input type="checkbox"/> weiß nicht        |
| (3)             | .....                       | <input type="checkbox"/> weiß nicht        |
| (4)             | .....                       | <input type="checkbox"/> weiß nicht        |
| (5)             | .....                       | <input type="checkbox"/> weiß nicht        |
| (6)             | .....                       | <input type="checkbox"/> weiß nicht        |

### 12. Bestehen bei Ihnen

- a) Allergien .....  ja  nein  weiß nicht
- b) Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten .....  ja  nein  weiß nicht
- c) Medikamenten-Unverträglichkeiten .....  ja  nein  weiß nicht
- d) Andere Unverträglichkeiten .....  ja  nein  weiß nicht

Wenn ja, wogegen? .....

.....  
Bitte ärztliche Befunde in Kopie beifügen (falls vorhanden).

**13. Sind Sie gegenüber Gerüchen sehr empfindlich?**

ja       nein       weiß nicht

Wenn ja, gegenüber welchen Gerüchen? .....

.....

---

**14. Besteht bei Ihnen eine besondere Unempfindlichkeit gegenüber Gerüchen?**

ja       nein       weiß nicht

---

**15. Bestehen bei Ihnen Geschmacksstörungen?**

ja       nein       weiß nicht

---

**16. Besteht bei Ihnen eine generelle Unverträglichkeit (Empfindlichkeit) gegenüber chemischen Stoffen/Fremdstoffen?**

ja       nein       weiß nicht

---

**17. Besteht bei Ihnen eine Textilunverträglichkeit?**

ja       nein       weiß nicht

---

**18. Leiden Sie nach Ihrem Eindruck gehäuft unter Infekten bzw. unter einer besonderen Infektanfälligkeit?**

ja       nein

Wenn ja, an welchen?

- Rachen-/Hals-/Mandelentzündungen
  - Schnupfen
  - Nasen-Nebenhöhleninfektionen
  - Infektionen der unteren Atemwege (Luftröhre, Bronchien, Lunge)
  - Grippale Infekte
  - Sonstige
- 

**19. Besteht bei Ihnen ein ungewöhnlicher Haarausfall?**

ja       nein

---

**20. Hat Ihr Leistungsvermögen in der letzten Zeit abgenommen?**

ja       nein

**21. Leiden Sie seit mehr als 6 Monaten an starker (für Sie unerklärlicher) Erschöpfbarkeit/Erschöpfung/Müdigkeit?**

ja       nein

**22. Haben Sie in letzter Zeit**

- Ihr Körpergewicht ungefähr **gehalten**?
- deutlich **zugenommen**?
- deutlich **abgenommen**?

**23. A. Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten die folgenden Schmerzen?**

**B. Hatten Sie diese Schmerzzustände während der vergangenen 7 Tage (heute eingerechnet)?**

|   | A                               |                              | B    |                          |
|---|---------------------------------|------------------------------|------|--------------------------|
|   | In den<br>letzten<br>12 Monaten | In den<br>letzten<br>7 Tagen | nein | ja                       |
| (1) Kopfschmerzen   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (2) Schmerzen im Gesicht, in den Kaumuskeln, im Kiefergelenk oder im Ohrbereich | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (3) Nackenschmerzen   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (4) Schmerzen in den Schultern  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (5) Schmerzen in Oberarmen, Ellenbogen oder Unterarmen                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (6) Schmerzen in den Fingern oder Händen  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (7) Schmerzen im Brustkorb  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (8) Schmerzen im Bauch oder im Magen  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (9) Schmerzen im Rücken   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (10) Schmerzen im Unterleib   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (11) Schmerzen in den Hüften  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (12) Schmerzen in den Oberschenkeln, Knien oder Unterschenkeln                  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| (13) Schmerzen in den Füßen oder Zehen  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |
| <b>Nur bei Frauen:</b>  |                                 |                              |      |                          |
| (14) Schmerzen in den Brüsten   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>     | →    | <input type="checkbox"/> |

## FRÜHERE UND JETZIGE KRANKHEITEN

Soweit Sie über Befunde oder Arztbriefe verfügen, legen Sie diese bitte in Kopie bei.

### 24. Sind Sie einmal an folgenden Infektionskrankheiten erkrankt?

|                                | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Diphtherie                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Keuchhusten (Pertussis)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Masern                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Ziegenpeter (Mumps)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Röteln                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Windpocken                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Scharlach                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Tuberkulose                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Ruhr                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Typhus oder Paratyphus    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Toxoplasmose              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Legionellen-Erkrankung    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Borreliose                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Sonstige, und zwar: ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 25. Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie jemals (wenn Sie Ihr gesamtes Leben bis zum heutigen Tag betrachten)?

| Jemals gehabt:  | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Bluthochdruck, Hypertonie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Angina pectoris  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Herzschwäche, Herzinsuffizienz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Vorübergehende Durchblutungsstörungen des Gehirns (nur wenn sie bei Ihnen mit Lähmungen, Gefühlsstörungen oder Sprachstörungen einhergingen und <u>nicht</u> durch Migräne bedingt waren) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Jemals gehabt:  | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (7) Durchblutungsstörungen in den Beinen, arterielle Verschlusskrankheit, "Schaufensterkrankheit"   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Krampfadern (Varizen, mit oder ohne "offene" Beine)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Venenthrombose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Asthma bronchiale (Bronchialasthma, Lungenasthma, allerg. Asthma)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Chronische Bronchitis (d. h. Husten nachts ohne Erkältung und mit morgendlichem Auswurf an den meisten Tagen, mindestens drei Monate im Jahr in zwei aufeinander folgenden Jahren) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Magenschleimhautentzündung, Gastritis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcuskrankheit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Gallenblasenentzündung oder Gallensteine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) Leberschrumpfung, Leberzirrhose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (17) Schilddrüsenkrankheiten (z. B. Kropf)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (18) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) <b>mit</b> Insulinbehandlung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (19) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) <b>ohne</b> Insulinbehandlung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (20) Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (21) Gicht oder Harnsäureerhöhung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (22) Blutarmut, Eisenmangel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (23) Nierenbeckenentzündung, Pyelonephritis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (24) Nierenkolik, Nierensteine  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (25) Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Brustkrebs)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (26) Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (27) Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (z. B. chronische Polyarthritis, rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (28) Osteoporose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (29) Migräne (d. h. anfallartige Kopfschmerzen, die wiederholt und meist halbseitig auftreten, in den frühen Morgenstunden beginnen und Stunden bis Tage andauern können)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (30) Epilepsie (Krampfanfälle, zerebrale Krämpfe)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (31) Parkinson  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (32) Multiple Sklerose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (33) Hirnhautentzündung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (34) Psychische Erkrankung (z.B. Angstzustände, Depression, Psychose)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Jemals gehabt:   | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (35) Esstörung (Bulimie, Anorexia nervosa)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (36) Sucht- und Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (37) Heuschnupfen, allergische Bindegauertzündung (allergische Rhinitis, allergische Konjunktivitis)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (38) Allergisches Kontaktekzem (Hautausschlag durch Waschmittel, Kosmetika, Nickel, Unverträglichkeit anderer Metalle u. a.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (39) Neurodermitis (juckendes Ekzem, besonders in den Ellenbeugen und Kniekehlen, endogenes Ekzem, atopisches Ekzem)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (40) Nahrungsmittelallergie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (41) Allergische Hautquaddeln (flüchtige, stark juckende, schubweise aufschießende Quaddeln, Nesselsucht, Urtikaria)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (42) Haben Sie sonstige Allergien, die hier nicht genannt wurden?<br>Falls ja, welche? .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |                          |
| .....  |                          |                          |                          |
| (43) Haben Sie sonstige Krankheiten, die hier nicht genannt wurden?<br>Falls ja, welche?<br>1. weitere Krankheit: .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. weitere Krankheit: .....  |                          |                          |                          |
| 3. weitere Krankheit: .....  |                          |                          |                          |

#### Nur bei Frauen:

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (44) Krankheiten von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern<br>(außer Krebskrankheiten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

#### Nur bei Männern:

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (45) Prostataerkrankungen oder Genitalerkrankungen<br>(außer Krebskrankheiten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

#### 26. Hatten Sie schon einmal

- (1) einen Hörsturz? .....  ja       nein  
 (2) ein Ohrgeräusch (Tinnitus)? .....  ja       nein

**27. Hatten Sie schwere Unfälle bzw. schwere Verletzungen?**

ja       nein

Wenn **ja**, bitte hier (Art und Zeitpunkt) angeben:

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

---

**28. Waren Sie schon einmal zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus?**

(Geburt und Wochenbett sind hier nicht gemeint)

ja       nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Anzahl der stationären Aufenthalte an:   

Bitte Gründe, Klinik, Zeitpunkt und möglichst auch die Art der Behandlung (z. B. Operation) für die letzten Aufenthalte angeben:

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

(Falls Sie über Arztberichte verfügen, bitte diese in Kopie beifügen)

---

**29. Hatten Sie bereits Kuraufenthalte?**

ja       nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Anzahl der Kuraufenthalte an:   

Wo, wann und weshalb waren Sie zur Kur?

(1).....

(2).....

(3).....

(4).....

(Falls Sie über Arztberichte verfügen, bitte diese in Kopie beifügen)

## ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

**30. Sind in Ihrer Familie die folgenden Erkrankungen aufgetreten?**  
 (z. B. bei leiblichen Eltern/Geschwistern/Kindern)

| Erkrankung bei Familienangehörigen  | ja                       | nein                     | wenn ja, bei wem? |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| (1) Neurodermitis (endogenes Ekzem) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (2) Heuschnupfen                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (3) allergisches Asthma             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (4) Nahrungsmittelallergie          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (5) Zuckerkrankheit                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (6) Bluthochdruck                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (7) Herzinfarkt                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (8) Schlaganfall                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (9) Krebserkrankung                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| (10) Nervenerkrankung               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |

## VERMUTETE FREMDSTOFFE/UMWELTCHEMIKALIEN ODER ANDERE VERMUTETE UMWELTEINWIRKUNGEN

**31. Wie sehr vermuten Sie Schadstoffe oder andere Umwelteinflüsse als Ursache(n) Ihrer Beschwerden?**

**Derartige Umwelteinwirkungen sind für meine Gesundheitsbeschwerden**

|  |  |   |   |                                     |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sicher verantwortlich | <input type="checkbox"/> vermutlich verantwortlich | <input type="checkbox"/> eventuell verantwortlich | <input type="checkbox"/> nicht verantwortlich | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

**32. Welche Schadstoffe oder andere Umwelteinwirkungen machen Sie gegebenenfalls für Ihre Beschwerden verantwortlich?**

| Bezeichnung<br>(bei Produkten bitte auch den Produktnamen und möglichst die Inhaltsstoffe angeben) | Wann?<br>Wieviel? | (Zeitraum)                     |
|--|-------------------|--------------------------------|
| Wo?  | Wie?              | (Menge/Dosierung)              |
| Wann?<br>Wieviel?  | Wo?               | (Örtlichkeiten; z. B. Wohnung) |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |
|  |                   |                                |

*Bitte nach Möglichkeit das Produkt bzw. ein Etikett (eine Etikettenabschrift) oder sonstige zweckdienliche Unterlagen mitbringen. Falls bereits Messungen oder Schadstoffanalysen durchgeführt worden sind, stellen Sie uns die Ergebnisse (Laborbefunde) bitte in Kopie zur Verfügung.*

**33. Wie schätzen Sie die Bedeutung von elektromagnetischen Feldern ("Elektrosmog") im Hinblick auf Ihre Gesundheitsbeschwerden ein?**

**Derartige Einwirkungen sind für meine Gesundheitsbeschwerden**

sicher verantwortlich       vermutlich verantwortlich       eventuell verantwortlich       nicht verantwortlich |  weiß nicht

**34. Wie schätzen Sie die Bedeutung von Nahrungsmitteln im Hinblick auf Ihre Gesundheitsbeschwerden ein?**

**Derartige Nahrungsmittel sind für meine Gesundheitsbeschwerden**

|                          |                              |                             |                          |                          |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sicher<br>verantwortlich | vermutlich<br>verantwortlich | eventuell<br>verantwortlich | nicht<br>verantwortlich  | weiß<br>nicht            |

**35. Wie schätzen Sie die Bedeutung einer Pilz- bzw. Candidabesiedlung des Darms im Hinblick auf Ihre Gesundheitsbeschwerden ein?**

**Eine derartige Pilz- bzw. Candida-Besiedelung des Darms ist für meine Gesundheitsbeschwerden**

|  |  |   |   |                                     |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sicher verantwortlich | <input type="checkbox"/> vermutlich verantwortlich | <input type="checkbox"/> eventuell verantwortlich | <input type="checkbox"/> nicht verantwortlich | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

**36. Halten Sie es für möglich, dass Ihre Erkrankung deutlich Ihr seelisches Befinden beeinträchtigt?**

ja       nein       weiß nicht

**37. Halten Sie umgekehrt auch eine *seelische Verursachung oder Mitverursachung* Ihrer Beschwerden für möglich?**

ja       nein       weiß nicht

**38. Welche Belastungsfaktoren (außer Umweltschadstoffen) könnten bei Ihnen als Ursachen Ihrer Beschwerden in Frage kommen und für wie wahrscheinlich halten Sie dies?**

Falls eine der folgenden Antworten gar nicht zutrifft, etwa weil Sie nicht rauchen, keinen Alkohol trinken, nicht berufstätig sind oder weil Sie nicht in einer Beziehung leben oder keine Familie haben, dann kreuzen Sie bitte ganz rechts „**trifft gar nicht zu**“ an.

|   | sehr wahrscheinlich | eventuell wahrscheinlich | nicht wahrscheinlich | trifft gar nicht zu |
|---|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|
| (1) Veranlagung, Vererbung                                |                     |                          |                      |                     |
| (2) Krankheitserreger                                     |                     |                          |                      |                     |
| (3) Falsche Ernährung                                     |                     |                          |                      |                     |
| (4) Genussmittel (Rauchen, Alkohol etc.)                  |                     |                          |                      |                     |
| (5) Bewegungsmangel                                       |                     |                          |                      |                     |
| (6) Stress am Arbeitsplatz                                |                     |                          |                      |                     |
| (7) Sorgen um den Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit      |                     |                          |                      |                     |
| (8) Finanzielle Sorgen                                    |                     |                          |                      |                     |
| (9) Mangel an zwischenmenschl. Beziehungen (Vereinsamung) |                     |                          |                      |                     |
| (10) Beziehungsprobleme, Partnerschaftskrisen             |                     |                          |                      |                     |
| (11) Familiäre Belastungen                                |                     |                          |                      |                     |
| (12) Nachbarschaftsprobleme                               |                     |                          |                      |                     |
| (13) Andere Belastungen und Konflikte                     |                     |                          |                      |                     |

## ZAHNÄRZTLICHE MATERIALIEN/AMALGAM ...

### 39. Haben Sie derzeit Zahnfüllungen mit Amalgam?

- ja       nein       weiß nicht

Falls ja: Wie viele Amalgam-Füllungen haben Sie?

Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte! Bitte schauen Sie in den Spiegel.

(Anzahl)

Wie alt ist die zuletzt eingesetzte Amalgam-Füllung?

- weniger als ein Jahr →  Monate  
 mehr als ein Jahr →  Jahre  
 weiß nicht

### 40. Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt worden sind?

- ja       nein       weiß nicht

Falls ja:

Wie viele Amalgamfüllungen wurden entfernt und wann war das?

Wurden die Amalgamfüllungen aus Gründen der Vorsorge („sicher ist sicher“) entfernt?

- ja       nein

Wurden die Amalgamfüllungen wegen gesundheitlicher Beschwerden entfernt?

- ja       nein

Ist eine Nachbehandlung erfolgt?

- ja       nein       weiß nicht

Wenn ja, welche .....

### 41. Sind bei Ihnen im Zahn- oder Kieferbereich die folgenden Materialien vorhanden (z. B. als Füllungen, Inlays, Brücken, Kronen, Prothesen)?

|                                | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gold                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Platin                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palladium                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kunststoff                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keramik                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges (außer Amalgam)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## KÖRPERPFLEGEMITTEL, KOSMETIKA

### 42. Reagieren Sie besonders empfindlich auf die folgenden Körperpflegemittel/Kosmetika?

|                        | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deo-Sprays             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deo-Stifte             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deo-Roller             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegelotionen         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wimperntusche          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haarfärbemittel        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enthaarungsmittel      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Make up                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasierwasser           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere, und zwar:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## WOHNUNG (Fragen zum Arbeitsplatz folgen ab S. 27)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre **jetzige Wohnung!**

### 43. Wann sind Sie in Ihre Wohnung oder Ihr Haus eingezogen?

Monat       Jahr

### 44. Wohnen Sie in ...

- einem Neubau (bis 10 Jahre alt)?
- einem Gebäude mittleren Alters?
- einem Altbau?

### 45. In welchem der folgenden Gebäudetypen wohnen Sie? Bitte nur ein Kreuz machen!

- Hochhaus
- Wohnblock
- Mehrfamilienhaus oder Reihenhaus
- Einfamilien- oder Zweifamilienhaus
- Sonstiges

**46. Welche Bauweise liegt bei dem Haus vor, in dem Sie wohnen? Handelt es sich bei dem Haus um ein/eine**

|  | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Massivbauweise<br>(z. B. Kalksandstein, Klinker, Tonbrand/Hohlblock) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lehm-/Fachwerkhaus   | <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"/> |

**47. In welchem Stockwerk wohnen Sie?**

 Stock

**48. Wie groß ist Ihre Wohnung?**

 qm

**49. Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung? (ohne Küche/Bad/Toilette)**

 Zimmer

**50. Wie hoch sind die Räume im Allgemeinen in Ihrer Wohnung (bitte notfalls schätzen):**

..... Meter

**51. Wohnen Sie zur Miete oder ist die Wohnung (das Haus) Ihr Eigentum?**

- Untermieter
- Mieter der Wohnung
- Mieter des Hauses
- Eigentümer der Wohnung
- Eigentümer des Hauses
- Sonstiges: .....

**52. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt?**

Sie selbst mitgerechnet! Zählen Sie bitte auch die Kinder mit.

Insgesamt  Personen



davon:  unter 6 Jahre alt

von 6 bis unter 15 Jahre alt

von 15 bis unter 18 Jahre alt

18 Jahre und älter (Erwachsene)

---

**53. Wie fühlen Sie sich in Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus (in Bezug auf die Luftqualität bzw. das Innenraumklima)?**

sehr wohl

wohl

mäßig wohl

unwohl

---

**54. Fühlten Sie sich in Ihrem Haushalt schon einmal durch Ausdünstungen, Geruchs- oder Reizstoffe über einen längeren Zeitraum deutlich belästigt oder beeinträchtigt?**

ja       nein

Wenn ja: Was war oder ist die Ursache dieser Beeinträchtigung?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heizung/Öfen   | <input type="checkbox"/> Neue Sitzgarnitur                |
| <input type="checkbox"/> Baumaterialien | <input type="checkbox"/> Neue Kleidungsstücke             |
| <input type="checkbox"/> Bodenbeläge    | <input type="checkbox"/> Gereinigte Textilien             |
| <input type="checkbox"/> Wandbelag      | <input type="checkbox"/> Reinigungsmittel bzw. -maßnahmen |
| <input type="checkbox"/> Anstriche      | <input type="checkbox"/> Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen   |
| <input type="checkbox"/> Möbel          | <input type="checkbox"/> Hobby-Materialien                |
| <input type="checkbox"/> Neue Matratzen | <input type="checkbox"/> Sonstige                         |

**55. Falls Sie im Zusammenhang mit Ihrer Wohnung gesundheitliche Probleme haben, in welchen Räumen treten die Beschwerden auf?**

in der ganzen Wohnung

oder vorwiegend in den folgenden Räumen:

Wohnzimmer

Schlafzimmer

Arbeitszimmer

Kinderzimmer

Küche

Bad

Sonstige: .....

**56. Klagen Mitbewohner ebenfalls über Belästigungen oder ggf. über wohnungsbezogene Gesundheitsbeschwerden?**

ja       nein

Wenn ja, wer? .....

**57. Welche Fenster sind in Ihrer Wohnung überwiegend eingebaut?**

|  | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Holzfenster: Einfachverglasung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Holzfenster: Isolierglas/Verbundglas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Holzfenster: Kasten-/Doppelfenster   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Kunststoff- oder Aluminiumfenster    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**58. Gibt es in Ihrer Wohnung Schallschutzfenster (Lärmschutzfenster)?**

ja       nein

Wenn ja: Welche Schallschutzklasse (sofern bekannt)?     4     5     6

• Mit Zwangsentlüftung? .....  ja       nein       weiß nicht

• Ohne Zwangsentlüftung?       ja       nein       weiß nicht

.....

**59. Verwenden Sie in Ihrer Wohnung**

|   | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Luftbefeuchter (z. B. Verdampfer, Zerstäuber, Verdunster, Wasserbehälter an Ofen/Heizung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Luftreinigungsgerät (oder Mehrfachgerät, das reinigt und befeuchtet)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Klima- und Luftkühlgerät bzw. -anlage   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**60. Wie wird Ihre Wohnung bzw. Ihr Haus *hauptsächlich* beheizt? Keine Mehrfachnennungen!**

- Etagenheizung (eine Brennstelle in der Wohnung)
  - Einraumheizung (mehrere Brennstellen in der Wohnung)
  - Fern-/Zentralheizung (keine Brennstelle in der Wohnung)
  - Zentralheizung (Brennstelle im Haus/Keller)
- 

**61. Werden in Ihrem Haushalt in der Heizperiode häufiger oder regelmäßig Einzelöfen benutzt?**  
*(einschließlich Gasherd/Gastherme, Gas-Heizgeräte mit offener Flamme, Kachelöfen, offene Kamine)*

- ja       nein

Wenn ja, in welchen Räumen und mit welchem Brennmaterial? Sie können mehreres ankreuzen!

|                    | Holz/ Kohle              | Öl                       | Gas                      |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Küche          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Wohnzimmer     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Schlafzimmer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Kinderzimmer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Sonstige Räume | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**62. Kommt es beim Betrieb der Einzelöfen/-Brenner/-Heizer zu bedenklicher Rauchentwicklung/Gasentwicklung/Geruchsbelästigung?**

- ja       nein
- 

**63. Gibt es Röhrchen zur Messung des Energieverbrauchs an Ihren Heizkörpern?**

- ja       nein
- 

**64. Wie würden Sie das Raumklima (Temperatur und Feuchte) in Ihrer Wohnung einschätzen?**

Die Wohnung ist eher:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/><br>zu kühl/kalt | <input type="checkbox"/><br>angenehm temperiert        | <input type="checkbox"/><br>zu warm    |
| <input type="checkbox"/><br>zu feucht    | <input type="checkbox"/><br>angenehm bzgl. Luftfeuchte | <input type="checkbox"/><br>zu trocken |
- 

**65. Gibt es einzelne Wände in Ihrer Wohnung, die**

- (1) feucht sind? .....  ja       nein
- (2) schimmelig sind? .....  ja       nein

**66. Hatten Sie früher Schimmelbefall, der jetzt trocken ist?**

ja       nein

Wenn ja,

- wann trocken gelegt? .....
  - womit bekämpft (z. B. Antischimmelmittel/-farben)? .....
  - welches Präparat? .....
  - welche Fläche?  qm
- 

**67. Trocknen Sie häufig Wäsche in der Wohnung? (Balkon ist hier nicht gemeint)**

ja       nein

---

**68. Erhalten Sie zu Hause Ihr Wasser aus dem öffentlichen Trinkwassernetz?**

ja       nein       weiß nicht

---

**69. Bestehen Ihre Trinkwasserleitungen aus**

|                                       | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kupferrohren                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bleirohren                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| verzinkten Stahlrohren („Eisenrohre“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Edelstahl                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kunststoff                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sonstigem Material                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**70. Wurde Ihre Wohnung in letzter Zeit in größerem Umfang renoviert, ausgebaut oder umgebaut?**

ja       nein

Wenn ja, wann?  Monat       Jahr

---

**71. Wurden in letzter Zeit Arbeiten mit Farben, Lacken, Klebern oder Ausschäumungsmitteln in der Wohnung vorgenommen?**

ja       nein

**72. Haben Sie Spanplatten in Ihrer Wohnung (z. B. Bodenplatten, Decken- oder Wandverkleidung, Schränke, Regale)?**

ja       nein       weiß nicht

Wenn ja, welche und wieviel Quadratmeter?

unbeschichtete Press-Spanplatten → Fläche:   qm

beschichtete Press-Spanplatten → Fläche:   qm

---

**73. Haben Sie neue Holzmöbel in der Wohnung?**

ja       nein

Wenn ja:

• seit wann?   Monat    Jahr

• auffälliger Geruch? .....  ja       nein

---

**74. Haben Sie neue Sitzmöbel (Sitzgarnitur) in der Wohnung?**

ja       nein

Wenn ja:

• seit wann?   Monat    Jahr

• Ledermöbel? .....  ja       nein

• auffälliger Geruch? .....  ja       nein

---

**75. Welche Matratze haben Sie in Ihrem Bett?**

• Art/Material: .....

• Wann gekauft?   Monat    Jahr

• Auffälliger Geruch?

ja       nein



riecht immer noch (bis heute)

roch Wochen bis Monate

roch nur anfänglich (einige Tage)

**76. Haben Sie Teppichböden in Ihrer Wohnung?**

ja       nein

Wenn **ja**:

- In welchen Räumen? .....

- Wieviele Quadratmeter?    qm

- Auffälliger Geruch?

ja       nein



- riecht immer noch (bis heute)
- roch Wochen bis Monate
- roch nur anfänglich (einige Tage)

---

**77. Befinden sich in Ihrer Wohnung Holzbalken oder Holzflächen (Decken, Böden, Wände), die mit Holzschutzmitteln behandelt worden sind?**

ja       nein       weiß nicht

Wenn **ja**:

- In welchen Räumen? .....

- Wie viele Quadratmeter?    qm

- Welches Produkt wurde verarbeitet? .....

- Wann wurde das Mittel verarbeitet? .....

- Von wem wurde das Mittel verarbeitet? .....

**78. Werden in Ihrem Haushalt die folgenden Produkte verwendet?**

|   | ja, häufig               | ja,<br>gelegentlich/ selten | nein, nie                |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| (1) Toilettensteine<br>(z. B. Bloo, WC-frisch, 00)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (2) WC- und Rohrreiniger<br>(z. B. Rohr-frei)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (3) Geruchsverbesserer, Raumluftverbesserer oder Raumspray<br>(z. B. auf der Toilette)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (4) Desinfektionsmittel<br>(z. B. Sagrotan, Lysoform, Lysoformin, Lysol, Formaldehyd)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (5) Sanitätreiniger<br>(z. B. Domestos, Dan Klorix, Sagro plus)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (6) Universalreiniger/Allzweckreiniger/Haushaltsreiniger<br>(z. B. Ajax, Meister Proper, Door, General)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (7) Lederimprägniermittel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (8) Weichspüler<br>(z. B. Lenor, Vernel)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (9) Enthärter<br>(z. B. Calgon, Calgonit, Somat)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| (10) Chemische Schädlingsbekämpfungsmittel:<br><br>➔ zur Tierpflege (z. B. gegen Flöhe und Zecken, wie Jacutin oder Flohhalsbänder)<br>➔ als Pflanzenschutz<br>(z. B. gegen Blattläuse, wie z. B. Paral)<br>➔ als Vorratsschutz (z. B. vor Ameisen, Schaben, Ratten und Mäusen, wie Blattanex oder Killgerm)<br>➔ als Textilschutz<br>(z. B. Mottenkugeln, -streifen, -tüten, wie Nexalotte oder Vaporin)<br>➔ als Insektenvernichtungsmittel in der Wohnung (z. B. Elektroverdampfer mit Verdampfungsplättchen oder Insektenspray, wie PSY 9 oder Paral)<br>➔ als Körperschutz<br>(z. B. Kopfläusemittel, Mückenschutz, wie Jacutin und Autan)<br>➔ als Mittel gegen Schimmelpilze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

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

ja       nein

Wenn ja:

- Wann war das? .....
  - Gegen welche Schädlinge? .....
  - In welchen Räumen? .....
- 

**80. Wie oft lassen Sie oder andere Haushaltsmitglieder Textilien oder Kleidungsstücke in einer chemischen Reinigung reinigen?**

sehr häufig

häufig

selten

nie

---

**81. Verwenden Sie Duftöle in Verdampfern oder Lampen?**

ja       nein

---

**82. Halten Sie in Ihrer Wohnung Haustiere?**

ja       nein

Wenn ja, welche?

- Katze
  - Hund
  - Papagei
  - sonstige Vögel
  - Fische/Wassertiere
  - Goldhamster, (Zwerg-)Hasen, Kaninchen
  - Mäuse, Hamster, Ratten
  - Meerschweinchen
  - Terrariantiere (Schlangen, Echsen etc.)
  - Sonstige Haustiere → Welche? .....
- 

**83. Haben Sie Grünpflanzen oder blühende Pflanzen in Ihrer Wohnung?**

ja       nein

Wenn ja:

- 1-5 Pflanzen
- 6-10 Pflanzen
- mehr als 10 Pflanzen

und zwar

- in Erde
- in Hydrokultur

**84. Wird in Ihrer Wohnung geraucht? (Denken Sie bitte auch an häufige Besucher)**

ja       nein

Wenn ja, wer raucht im Haushalt und wie oft?

| <b>Wer?</b><br>Sie selbst?<br>Ehemann/-frau? Freund/-in?<br>Sohn/Tochter?<br>Vater/Mutter? | <b>Was?</b><br>Zigaretten?<br>Zigarillos?<br>Zigarren?<br>Pfeife? | <b>Wie viele</b><br>Zigaretten etc. pro Tag <u>in</u> der<br>Wohnung (im Durchschnitt)? |
|--|---|---|
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |

**85. Gibt es sonst noch Besonderheiten in Ihrer Wohnung oder bei der Wohnungsausstattung?**

ja       nein

Wenn ja, welche? .....

**86. Meiden Sie nach Möglichkeit Ihre Wohnung, weil es Ihnen dort gesundheitlich nicht so gut geht?**

ja       nein

**87. Halten Sie sich bevorzugt in Ihrer Wohnung auf, weil Sie sich dort gegenüber Umwelteinflüssen/-noxen am ehesten geschützt fühlen?**

ja       nein

#### **88. Gibt es in Ihrer Wohnung oder in Ihrem Haus normalerweise Lärm von außen?**

ja     nein → Bitte weiter mit Frage 90!

**89. Falls Sie die vorstehende Frage mit "ja" beantwortet haben:**

Wodurch wird der Lärm im allgemeinen verursacht, als wie stark würden Sie ihn jeweils bezeichnen und wie häufig fühlen Sie sich auch nachts durch Lärm gestört?  
Sie können mehreres ankreuzen!

| Lärm wird verursacht durch:  | Stärke des Lärms         |                                     |                          | Störung nachts           |                          |                          |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                              | sehr stark               | mittel stark                        | nicht stark              | häufig                   | selten                   | nie                      |
| (1) Straßenverkehr           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Schienenverkehr          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Luftverkehr              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Industrie, Gewerbe       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Gaststätten, Diskotheken | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Kinderspielplätze        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Nachbarn                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Sonstiges                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**WOHNUMFELD/WOHNGEBIET**

**90. Wie würden Sie Ihr Wohngebiet und die dort vorherrschende Bebauungsart beschreiben? (Mehrachangaben möglich)**

Gebiet:

- Land/ländlich, dörflich (bis 5 000 Einw.)
- Ländliche Kleinstadt (5 000 bis 20 000 Einw.)
- Vorstädtisch; Stadtrand
- Städtisch/innerstädtisch

Struktur:

- Reines Wohngebiet
- Wohn-Gewerbe-Mischgebiet

Bebauungsart:

- Hochhaussiedlung
- Dichte Wohnbebauung, zusammenhängende Blockbebauung ohne Grünflächen beim Haus
- Zusammenhängende Blockbebauung mit Grünflächen beim Haus
- Aufgelockerte, mehrgeschossige Bebauung mit Grünflächen oder Gärten
- Ein- bis Zweifamilienhäuser mit Gärten
- Villenviertel

**91. Wie wohl fühlen Sie sich außerhalb Ihrer Wohnung in Ihrem Wohnumfeld?**

sehr wohl

wohl

mäßig wohl

unwohl

---

**92. Fühlen Sie sich außerhalb Ihrer Wohnung in Ihrem Wohnumfeld belästigt?**

ja       nein

Wenn ja, durch:

- Lärm
  - Straßenverkehr, Abgase
  - Parkplatz/Garage/Tiefgarage
  - Tankstelle; Kfz-Werkstatt
  - Chemische Reinigung
  - Druckerei; Lackiererei
  - Rücksichtsloses/aggressives Verhalten anderer Personen
  - Müll auf öffentlichen Wegen, Plätzen und Grünanlagen
  - Verschandelungen des Stadtbildes/Landschaftsbildes durch Gebäude oder Bauwerke
  - Schmierereien („Graffiti“)
  - Ein Übermaß an öffentlicher Werbung (Werbestellwände u. dgl.)
  - Hochspannungsleitungen/Transformatoren/Sendeanlagen in Ihrer unmittelbaren Nachbarschaft
  - Industriebetrieb(e)
  - Deponie
  - Müllverbrennungsanlage
  - Kraftwerk
  - Landwirtschaftlicher Betrieb
  - Kläranlage
  - Biokompostierungsanlage
  - Sonstiges: .....
- 

**93. Gibt es in Ihrer unmittelbaren Nachbarschaft oder in Ihrem Haus eine Geruchsbelästigung durch Gewerbe, Industrie, landwirtschaftliche Betriebe oder ähnliches?**

ja       nein

Falls Ihre Wohnung an mehrere Straßen angrenzt, geben Sie bitte im Folgenden nur die am stärksten befahrene Straße an!

**94. Liegt Ihre Wohnung an einer durch Kraftfahrzeugverkehr**

- extrem stark befahrenen Durchgangsstraße?
- stark befahrenen Haupt- oder Durchgangsstraße?
- beträchtlich befahrenen Nebenstraße?
- mäßig befahrenen Nebenstraße?
- sehr wenig befahrenen Straße (Anliegerstraße, verkehrsberuhigte Zone)?

**95. Gehört zu Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus ein Garten, den Sie selbst nutzen können oder haben Sie einen Schrebergarten?**

- nein, weder noch
- ja, Garten direkt am Haus
- ja, Garten nicht am Haus

**96. Verwenden Sie in Ihrem Garten chemische Produkte, wie**

|                                    | ja                       | nein                     |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kunstdünger                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unkrautvernichtungsmittel          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insektenvernichtungsmittel         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Schädlingsbekämpfungsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**FRÜHERE WOHNUNGEN UND WOHNUMGEBUNGEN**

Falls Sie in den letzten 10 Jahren noch in anderen Wohnungen/Häusern gelebt haben, dann geben Sie diese bitte im Folgenden an (einschließlich Wohnzeitraum); bitte nennen Sie auch etwaige Besonderheiten, die aus Ihrer Sicht für Ihre jetzigen Gesundheitsprobleme mitverantwortlich sein könnten.

**97. Zu Ihren früheren Wohnungen (beginnen Sie bitte mit der vorigen Wohnung):**

| Wohnort,<br>Bundesland, Land | Wohnzeitraum<br>(von - bis) | Besondere Belastungen<br>in der Wohnung | Besondere Belastungen<br>im Wohnumfeld |
|------------------------------|-----------------------------|---|--|
|                              |                             |   |  |
| Wohnort,<br>Bundesland, Land | Wohnzeitraum<br>(von - bis) | Besondere Belastungen<br>in der Wohnung | Besondere Belastungen<br>im Wohnumfeld |
|                              |                             |   |  |
| Wohnort,<br>Bundesland, Land | Wohnzeitraum<br>(von - bis) | Besondere Belastungen<br>in der Wohnung | Besondere Belastungen<br>im Wohnumfeld |
|                              |                             |   |  |

Ggf. handschriftlich um weitere Wohnungen ergänzen (bitte nicht mehr als zehn Jahre zurück)

## ARBEITSPLATZ

Falls Sie noch nie berufstätig waren, gehen Sie bitte weiter zur Frage 114.

**98. Falls Sie schon einmal berufstätig waren oder noch berufstätig sind, dann geben Sie bitte Ihre bisherigen Berufe/Tätigkeiten der Reihe nach an:**

| Welche Berufe/Tätigkeiten haben Sie ausgeübt? | Zeitraum (von - bis) | Gab es besondere Belastungen? | Haben Sie die Arbeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben? |
|---|----------------------|-------------------------------|---|
| 1.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| 2.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| 3.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| 4.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| 5.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| 6.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| 7.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| 8.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| 9.  |                      |                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |

Bitte ggf. auf Beiblatt ergänzen.

**99. Stehen Sie zur Zeit noch in einem Arbeitsverhältnis?**

ja       nein → weiter mit Frage 112

**100. Seit wann sind Sie an Ihrem jetzigen Arbeitsplatz beschäftigt?**

 Monat  Jahr

**101. Wie lange benötigen Sie für den einfachen Weg zur Arbeit?**

- weniger als 30 Minuten
- 30 bis 60 Minuten
- 60 bis 90 Minuten
- mehr als 90 Minuten

**102. Wie sind Ihre durchschnittlichen Arbeitszeiten?**

 Tage pro Woche

 Stunden pro Woche

**103. Arbeiten Sie im Schichtdienst?**

ja       nein

Wenn ja:

- Wechselschicht ohne Nachtarbeit
- Wechselschicht mit Nachtarbeit
- Ausschließlich Nachtarbeit (nicht in Wechselschicht)

**104. Wie viele Tage oder Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig geschrieben?**

 Tage

**105. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit zufrieden?**

sehr zufrieden       zufrieden       mäßig zufrieden       unzufrieden

**106. Fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz durch folgende Bedingungen gesundheitlich beeinträchtigt? (Sie können mehrere ankreuzen)**

- Unbefriedigende Tätigkeit
- Zu viel Arbeit, Zeitdruck, Leistungsdruck, lange Arbeitszeit/Überstunden
- Schlechtes Arbeitsklima
- Sorge um den Arbeitsplatz
- Anstrengende körperliche Arbeit
- Lärm
- Geruchsbelästigung
- Schlechte Beleuchtungsverhältnisse
- Schlechte räumliche Verhältnisse
- Störungen durch zu hohe Raumbelegung (zu viele Personen)
- Zu warme Raumtemperatur
- Zu kühle Raumtemperatur
- Wechselnde Raumtemperatur
- Trockene Luft
- Verbrauchte Luft
- Zugerscheinungen
- Fehlende Fensterlüftung
- Staub
- Luftverunreinigung durch Ausdünstungen aus Einrichtungsgegenständen, Baumaterialien etc.
- Passivrauchen
- Elektrostatische Aufladungen
- Vibrationen
- Sonstiges: .....

**107. Haben Sie einen Bildschirmarbeitsplatz?**

ja       nein

Ich verbringe durchschnittlich ca.    Stunden am Tag mit Bildschirmarbeit.

---

**108. Arbeiten Sie in einem klimatisierten Raum?**

ja       nein

---

**109. Ist am Arbeitsplatz ein Luftbefeuchter vorhanden?**

ja       nein

---

**110. Werden Sie regelmäßig betriebs- oder werksärztlich untersucht?**

ja       nein

---

**111. Tragen Sie sich mit dem Gedanken eines Arbeitsstellenwechsels?**

ja       nein

---

**112. Führen Sie die von Ihnen beobachteten Gesundheitsbeschwerden**

- auf Belastungen am jetzigen Arbeitsplatz zurück? .....  ja       nein
  - auf Belastungen an einem früheren Arbeitsplatz zurück?...  ja       nein
- 

**113. Ist bei Ihnen**

- die Anerkennung einer Berufskrankheit beantragt? .....  ja       nein
- eine Berufskrankheit anerkannt worden? .....  ja       nein

**AUENTHALTSZEITEN (TAGESABLAUF)**

Die folgenden Fragen dienen der Expositionsabschätzung.

|  | <b>Werktag</b> | <b>Wochenende</b> |
|--|----------------|-------------------|
|--|----------------|-------------------|

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| <b>114. a) Wann stehen Sie üblicherweise auf?</b>   | ..... Uhr | ..... Uhr |
| <b>b) Und wann gehen Sie üblicherweise zu Bett?</b> | ..... Uhr | ..... Uhr |

**115. Wie lange halten Sie sich durchschnittlich pro Tag in privaten oder öffentlichen Kraftfahrzeugen (PKW oder Bus) auf?**

- weniger als 30 Minuten
- 30 bis 60 Minuten
- 60 bis 90 Minuten
- mehr als 90 Minuten

**116. Wie lange halten Sie sich tagsüber durchschnittlich in Innenräumen bzw. Gebäuden auf?  
(nur vom Aufstehen bis zum zu Bett gehen rechnen; ohne Schlafenszeit)**

| → Sommerhalbjahr       | tagsüber an Werktagen              | tagsüber am Wochenende             |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Eigene Wohnung:        | <input type="text"/> Std. tagsüber | <input type="text"/> Std. tagsüber |
| Andere Räumlichkeiten: | <input type="text"/> Std. tagsüber | <input type="text"/> Std. tagsüber |

| → Winterhalbjahr       | tagsüber an Werktagen              | tagsüber am Wochenende             |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Eigene Wohnung:        | <input type="text"/> Std. tagsüber | <input type="text"/> Std. tagsüber |
| Andere Räumlichkeiten: | <input type="text"/> Std. tagsüber | <input type="text"/> Std. tagsüber |

### ERNÄHRUNG

**117. Wie oft verzehren Sie folgende Nahrungsmittel?**

|                                | mehrmais<br>täglich,<br>täglich oder<br>fast täglich | mehrmais<br>pro<br>Woche | etwa<br>einmal<br>pro<br>Woche | seltener<br>als einmal<br>pro<br>Woche | fast nie<br>oder nie     |
|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--|--------------------------|
| (1) Fleisch (inkl. Geflügel)   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (2) Wurstwaren, Schinken       | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (3) Fisch (inkl. Konserven)    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (4) Eier                       | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (5) Käse                       | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (6) Frisches Obst              | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (7) Gemüse oder Salat          | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (8) Kuchen, Kekse, Gebäck      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (9) Süßwaren (z.B. Schokolade) | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| (10) Milch, Milchgetränke      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |

**118. Ernähren Sie sich vorzugsweise mit normaler Mischkost?**

ja       nein

---

**119. Wieviel Tee, Kaffee, Energiedrinks oder Cola trinken Sie durchschnittlich an einem Tag?**

- Tassen Tee
  - Tassen Kaffee
  - Gläser Energiedrinks
  - Gläser Cola
- 

**120. Ernähren Sie sich vegetarisch?**

ja       nein

Wenn ja:

- ohne Fleisch, Wurst
  - ohne Fleisch, Wurst, Fisch
  - ohne Fleisch, Wurst, Fisch, Eier, Milch
- 

**121. Ernähren Sie sich nach bestimmten Kostformen oder halten Sie spezielle Diäten ein?**

ja, häufiger       ja, gelegentlich       nein

---

**122. Haben Sie in den letzten drei Jahren schon einmal eine der folgenden Kostformen oder Diäten ausprobiert? Mehrfachangaben möglich!**

- Rotationsdiät
  - Heilfasten
  - Makrobiotik
  - Schnitzer-Kost
  - Hay'sche Trennkost
  - Sonstige → Welche? .....
- 

**123. Meinen Sie, dass Ihr Gewicht eher zu hoch, gerade richtig oder eher zu niedrig ist?**

eher zu hoch       gerade richtig       eher zu niedrig

## RAUCHEN UND PASSIVRAUCHEN

### 124. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?

- Habe noch nie geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren)  
 Habe früher geraucht  
 Rauche zur Zeit →  täglich  
 gelegentlich
- 

### 125. Wieviel rauchen Sie zur Zeit durchschnittlich am Tag?

 Zigaretten

 Zigarren, Stumpen, Zigarillos

 Pfeifen

---

### 126. Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird? Sie können mehrere ankreuzen!

|     |                  |                          |                          | Wenn ja, fühlen Sie sich dadurch gestört? |                          |
|-----|------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
|     |                  |                          |                          | ja  | nein                     |
|     |                  |                          |                          | ja  | nein                     |
| (1) | Bei der Arbeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| (2) | Zu Hause         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| (3) | An anderen Orten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |

---

### 127. Halten Sie das Passivrauchen in Bezug auf Ihre gesundheitlichen Beschwerden für bedeutsam?

- ja       nein       weiß nicht

## ALKOHOLISCHE GETRÄNKE

### 128. Trinken Sie alkoholische Getränke?

- ja →  gelegentlich  
 häufiger  
 regelmäßig
- nein → nicht mehr seit: .....

**129. Wie steht es bei Ihnen mit der Verträglichkeit von Alkohol?**

- Ich vertrage Alkohol überhaupt nicht
- Ich vertrage Alkohol einigermaßen
- Ich vertrage Alkohol relativ gut

**MEDIKAMENTE**

**130. Nehmen Sie Medikamente ein?**

(Hierunter fallen auch Schmerz-, Schlaf-, Abführ-, Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsstoffe, Vitamine, Spurenelemente usw.)

- ja
- nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte den Namen des Medikamentes, die Dosierung und die Einnahmedauer an:

| Name des Medikamentes | Dosierung | Einnahmedauer |
|-----------------------|-----------|---------------|
| .....                 | .....     | .....         |
| .....                 | .....     | .....         |
| .....                 | .....     | .....         |
| .....                 | .....     | .....         |

**KÖRPERLICHE AKTIVITÄT, SPORT  
FREIZEITAKTIVITÄTEN UND HOBBYS**

**131. Welchen Freizeitaktivitäten/Hobbys gehen Sie nach?**

.....  
.....

**132. Wie oft treiben Sie Sport?**

- Regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche
- Regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche
- Regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche
- Weniger als 1 Stunde in der Woche
- Keine sportliche Betätigung

**133. Kommen Sie bei Ihren Freizeitaktivitäten mit chemischen Stoffen in Kontakt?**

(Etwa bei der Foto-, Bastel-, Heim-, Gartenarbeit, beim Töpfern oder beim Motorsport; z. B. mit Abgasen, Klebern, Lacken, Lösungsmitteln, Dünge- oder Schädlingsbekämpfungsmitteln)

- ja       nein

Wenn ja, wobei und mit welchen Stoffen?

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

(nach Möglichkeit Produktnamen angeben)

**URLAUB/REISEN**

**134. Haben Sie in den letzten fünf Jahren Reisen in das außereuropäische Ausland unternommen?**

- ja       nein

Wenn ja, wann und wohin?

.....  
.....

**PERSÖNLICHES/SOZIALES**

**135. Waren Sie ein Einzelkind oder sind Sie mit anderen Kindern in der Wohnung aufgewachsen?**

- Bin alleine aufgewachsen  
 Bin mit    Kind/Kindern gemeinsam aufgewachsen

**136. Besuchten Sie in Ihrer Kindheit eine Kinderkrippe oder einen Kindergarten?**

- ja      ➔ Und zwar im Alter von    bis    Jahren  
 nein

**137. Wie ist Ihr momentaner Familienstand? (Mehrfachantworten möglich)**

- ledig
- verheiratet, mit Ehepartner zusammen lebend
- verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

**137a Haben Sie zur Zeit einen festen Lebenspartner?**

- ja
  - nein
- 

**138. Wie viele Kinder haben Sie? Bitte auch Adoptivkinder angeben.**

- keine
- Ich habe    Kind(er)

Falls Sie Kinder haben, machen Sie bitte für jedes Kind noch ein paar Angaben:

|         | Sohn oder Tochter?   | Geburtsjahr                             | Lebt das Kind noch zu Hause? |                               |
|---------|--|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |

Bei weiteren Kindern bitte hier ergänzen:

---

**139. Haben Sie Geschwister?**

- ja      → Zahl der Geschwister
- nein

## **140. Welchen Schulabschluss haben Sie?**

*Wenn Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den höchsten!*

- Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss
  - Realschulabschluss (Mittlere Reife)
  - Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
  - Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)
  - Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS)
  - Anderen Schulabschluss
  - Schule beendet ohne Abschluss
  - Noch keinen Schulabschluss

#### **141. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?**

Wenn **ja**, welche? Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den höchsten!

- Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)
  - Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)
  - Fachschule (z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)
  - Fachhochschule, Ingenieurschule
  - Universität, Hochschule
  - Anderen Ausbildungabschluss
  - Keinen beruflichen Abschluss (und nicht in der Ausbildung)
  - Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)

142. Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?

**143. In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?**

**Arbeiter**

- Ungelernter Arbeiter
- Angelernter Arbeiter
- Gelernter Arbeiter und Facharbeiter
- Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier

**Selbstständiger (einschließlich mithelfender Familienangehöriger)**

- Selbstständiger Landwirt, Genossenschaftsbauer
- Freier Beruf, selbstständiger Akademiker
- Sonstiger Selbstständiger mit bis zu 9 Mitarbeitern
- Sonstiger Selbstständiger mit 10 und mehr Mitarbeitern
- Mithelfender Familienangehöriger

**Angestellter**

- Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis
- Angestellter mit einfacher Tätigkeit  
(z. B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypist)
- Angestellter mit qualifizierter Tätigkeit  
(z. B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner)
- Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion  
(z. B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter)
- Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben  
(z. B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände)

**Beamter (einschl. Richter und Berufssoldaten)**

- Einfacher Dienst
- Mittlerer Dienst
- Gehobener Dienst
- Höherer Dienst

**Sonstiges**

- z. B. Auszubildender, Schüler, Student, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant

---

**144. Haben Sie häufiger Probleme mit Ihrem Lebenspartner (Beziehungsprobleme)?**

- ja
  - nein
  - trifft nicht zu (da kein Partner)
- 

**145. Fühlen Sie sich in Ihren gesundheitlichen Beschwerden vom Partner verstanden, unterstützt oder abgelehnt?**

- Eher verstanden und unterstützt
- Zu wenig verstanden/unterstützt
- Trifft nicht zu (da kein Partner)

**146. Gab es schwere seelisch belastende Situationen, wie z. B. einen Todesfall, berufliche/finanzielle/familiäre Probleme bei Krankheitsbeginn?**

ja       nein

**147. Besteht in Ihrer Partnerschaft eine ungewollte Kinderlosigkeit?**

ja       nein

### IHR WEG ZUR UMWELTMEDIZIN

**148. Wie und in welchem Ausmaß haben Sie Hinweise/Informationen zu Ihren umweltbezogenen Gesundheitsproblemen erhalten? Machen Sie bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

|   | stark                    | mäßig                    | kaum                     | gar nicht                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) durch Bücher/Taschenbücher                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) durch Berichte in Zeitungen/Zeitschriften   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) durch Berichte in Rundfunk oder Fernsehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) durch Selbsthilfegruppen                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) durch Angehörige/Bekannte                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) durch bestimmte Ärzte                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) durch andere Therapeuten oder Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) durch sonstige Experten                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) auf anderem Wege                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**149. Wie haben Sie von unserer umweltmedizinischen Ambulanz oder von der Studie erfahren? Machen Sie bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

|   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) von einem niedergelassenen Arzt?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) von einem anderen Therapeuten/Heilpraktiker?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) von einer umweltmedizinischen Beratungsstelle/Ambulanz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) von einer Selbsthilfegruppe?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) von einem Verwandten/Bekannten?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) aus einer Zeitung/Zeitschrift?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) aus dem Rundfunk  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) aus dem Fernsehen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Sonstiges (bitte angeben): .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**149a. Erfolgt die Kontaktaufnahme mit unserer Umweltmedizinischen Ambulanz**

- überwiegend auf eigenen Wunsch? .....  ja  nein
- überwiegend durch Veranlassung eines Arztes? .....  ja  nein
- überwiegend durch Veranlassung eines Heilpraktikers? ....  ja  nein
- durch Veranlassung anderer Personen? .....  ja  nein

**150. Wurden bei Ihnen bereits umweltmedizinische Untersuchungen oder Beratungen durchgeführt?**

ja  nein

Wenn ja, wo?

- Universitätsinstitut / -klinik
- Sonstige Klinik oder Privatklinik
- Gesundheitsamt
- Private Beratungsstelle / Umweltlabor
- Niedergelassener Arzt
- Heilpraktiker
- Apotheker
- Sonstige: .....

**150a. Waren Sie bereits als Patient ambulant oder stationär in einer der folgenden Einrichtungen? (Diese Einrichtungen sind an unserem Forschungsverbund beteiligt)**

|               |   |  |  |
|---------------|---|--|--|
| In Aachen ⇒   | Umweltmedizinische Ambulanz am Institut für Hygiene und Umweltmedizin des Universitätsklinikums Aachen            | <input type="checkbox"/> ja ⇒ wann? .....<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| In Berlin ⇒   | Umweltmedizinische Ambulanz der Charité und des Robert Koch-Instituts   | <input type="checkbox"/> ja ⇒ wann? .....<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| In Bredstedt⇒ | Fachkrankenhaus Nordfriesland   | <input type="checkbox"/> ja ⇒ wann? .....<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| In Freiburg ⇒ | Ambulanz für Naturheilkunde und Umweltmedizin am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsklinikum     | <input type="checkbox"/> ja ⇒ wann? .....<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| In Gießen ⇒   | Hessisches Zentrum für Klinische Umweltmedizin,<br>Institut für Hygiene u. Umwelt-medizin,<br>Universität Giessen | <input type="checkbox"/> ja ⇒ wann? .....<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| In München ⇒  | Institut und Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin,<br>Klinikum Innenstadt,<br>Universität München            | <input type="checkbox"/> ja ⇒ wann? .....<br><input type="checkbox"/> nein |  |

**151. Haben Sie darüber hinaus weitere Ärzte oder Einrichtungen wegen umweltbezogener Beschwerden aufgesucht und wann war das?**

(Gemeint sind zum Beispiel umweltmedizinische Untersuchungs- und Beratungsstellen, Arztpraxen, Ambulanzen, Kliniken, Laboratorien etc.)

| Bereits konsultierte Fachleute oder Einrichtungen | Wann war das? |
|---|---------------|
| (1)   |               |
| (2)   |               |
| (3)   |               |
| (4)   |               |
| (5)   |               |
| (6)   |               |
| (7)   |               |
| (8)   |               |
| (9)   |               |
| (10)  |               |

Falls noch weitere Personen/Einrichtungen konsultiert worden sind, notieren Sie diese bitte auf einem Extrablatt! Bitte die vorhandenen Untersuchungsergebnisse (Befunde) zum Sprechstundentermin unbedingt mitbringen oder vorab in Kopie zusenden.

**152. Wurden bei Ihnen bereits eine Wohnungsbegehung und ggf. Messungen im Wohnbereich durchgeführt?**

ja       nein       weiß nicht

*Bitte die vorhandenen Untersuchungsergebnisse (Befunde) zum Sprechstundentermin unbedingt mitbringen oder vorab in Kopie zusenden.*

---

**153. Wurde bei Ihnen bereits eine Schadstoffuntersuchung in Blut, Urin, Speichel oder Gewebe (sog. Biomonitoring) durchgeführt?**

ja       nein       weiß nicht

*Bitte die vorhandenen Untersuchungsergebnisse (Befunde) zum Sprechstundentermin unbedingt mitbringen oder vorab in Kopie zusenden.*

---

**154. Wurde bei Ihnen in den vergangenen 12 Monaten eine Allergiediagnostik durchgeführt?**

ja       nein       weiß nicht

Wenn ja, handelte es sich um

- einen Hauttest? .....  ja       nein       weiß nicht
- eine Blutuntersuchung? .....  ja       nein       weiß nicht
- sonstiges? (bitte angeben): .....

*Bitte die vorhandenen Untersuchungsergebnisse (Befunde) zum Sprechstundentermin unbedingt mitbringen oder vorab in Kopie zusenden.*

---

**155. Wurde bei Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer umweltbezogenen Erkrankung eine PET- oder SPECT-Untersuchung durchgeführt?**

ja       nein       weiß nicht

*Nach Möglichkeit bitte die Aufnahmen und ärztlichen Befunde mitbringen.*

---

**156. Wurde bei Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer umweltbezogenen Erkrankung eine Untersuchung von „Entgiftungsenzymen“ (z. B. Glutathiontransferasen) oder der zugehörigen Gene durchgeführt?**

ja       nein       weiß nicht

*Nach Möglichkeit bitte die Aufnahmen und ärztlichen Befunde mitbringen.*

**157. Möglicherweise haben Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden einmal eines oder mehrere der im Folgenden aufgelisteten Verfahren ausprobiert. Geben Sie bitte an, um welche es sich dabei handelt. Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

|  | ja                       | nein                     | weiß nicht               | Nutzen* |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| (1) Dimaval (DMPS)-Entgiftungstherapie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (2) Angewandte Kinesiologie (AK), Edu-Kinesthetik, Touch for Health  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (3) Ayurveda   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (4) Bach-Blütentherapie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (5) Bioresonanz, Multiresonanz, Mora- oder Multicomtherapie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (6) Colonhydrotherapie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (7) Eigenharntherapie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (8) Elektroakupunktur nach Voll  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (9) Haarmineralanalyse   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (10) Homöopathie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (11) Homotoxikologie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (12) Irisdiagnose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (13) Kirlian-Fotografie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (14) Klinische Ökologie (z. B. Rotationsdiät, Provokations-Neutralisationsverfahren bzw. Austestung nach Miller) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (15) Umweltauna  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (16) Mikrobiologische Therapie (Symbioselenkung)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (17) Nosoden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (18) Orthomolekulare Medizin   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (19) Pendeln   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (20) Wünschelrute, Radiästhesie, Geopathie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (21) Hellseher, Geistheiler  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |

\*Bitte eintragen: + für „hat geholfen“; – für „hat nicht geholfen“; ? für „Nutzen unklar“

**158. Wurden sonstige, hier nicht genannte Untersuchungen durchgeführt?**

ja

nein

weiß nicht

Wenn ja, welche? .....

.....

**159. Hat die Krankenkasse bisher bei Ihnen für umweltmedizinische Untersuchungen/ Behandlungen Kosten übernommen?**

- nein  
 ja, insgesamt ca.  Euro im Zeitraum von .....
- 

**160. Sind Ihnen persönlich für umweltmedizinische Untersuchungen und Behandlungen Kosten entstanden?**

- nein  
 ja, insgesamt ca.  Euro im Zeitraum von .....

**UMWELTINTERESSE, EINSCHÄTZUNG VON UMWELTRISIKEN**

**161. In Fernsehen, Rundfunk und Presse wird häufig über Umweltfragen und Umweltprobleme berichtet. Wie stark sind Sie an solchen Berichten interessiert?**

- sehr stark       stark       weniger stark       überhaupt nicht

**162. Mit der folgenden Liste bitten wir Sie, bestimmte Situationen unserer Umwelt mit Note 1 = "sehr gut" bis Note 5 = "sehr schlecht" zu beurteilen.**

Bitte geben Sie jeweils zwei Noten, und zwar

- unter A: Ihre Note für die Situation in Deutschland insgesamt
- unter B: Ihre Note für Ihren persönlichen Lebensraum (lokale Umwelt)

|   | A<br><b>Situation in Deutschland</b><br>Note: | B<br><b>Persönlicher Lebensraum</b><br>Note: |
|---|---|--|
| (1) Luftqualität<br>(Außenluft)         | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (2) Oberflächenwasser<br>(Flüsse, Seen) | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (3) Trinkwasser                         | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (4) Nahrungsmittel                      | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (5) Boden                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (6) Pflanzen und Bäume                  | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (7) Tierwelt<br>(Artenvielfalt)         | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (8) Landschaft                          | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (9) Stadtbild                           | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
| (10) Naherholungsräume                  | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |

- 163. Auf der folgenden Liste finden Sie eine Reihe von Sachverhalten und Verhaltensweisen, die die Gesundheit schädigen können. Für wie groß schätzen Sie jeweils die gesundheitliche Gefahr für die Bevölkerung ein?**

|  | groß                     | mittel                   | gering                   | keine Gefahr             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A Rauchen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B Alkohol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C Drogen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D Arzneimittel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E Chemische Rückstände in Lebensmitteln                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F Luftverschmutzung außer Haus                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G Luftverschmutzung im Haus                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H Wasserverschmutzung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J Lärmbelästigung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K Falsche, einseitige Ernährung                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L Bewegungsmangel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M Belastung, "Stress" in Arbeit und Beruf                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N Belastung, "Stress" in Familie und Haushalt                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O Atomkraft, radioaktive Stoffe, Strahlen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P Straßenverkehr   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q AIDS, HIV-Infektion  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R "Altlasten", Rückstände von Industrien (z. B. im Boden)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S Unfälle durch die Produktion oder die Lagerung von Chemikalien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T Transport gefährlicher Güter                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| U Ozonloch   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V Asbest   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Zum Abschluss möchten wir gern Ihre Meinung zu diesem Fragebogen erfahren:**

**Sind Sie mit dem Bogen, was die Verständlichkeit angeht,**

- gut zurecht gekommen?
  - einigermaßen zurecht gekommen?
  - nur schwer zurecht gekommen?
- 

**Wie schätzen Sie den Zeitaufwand ein, der zum Ausfüllen des Bogens benötigt wird?**

- angemessen
  - gerade noch akzeptabel
  - unangemessen hoch
- 

**Sind alle wesentlichen Aspekte erfasst?**

- ja
  - nein → Was fehlt? .....
- .....  
.....  
.....  
.....
- 

**Welche Themen sind zu ausführlich behandelt? Bitte Themen oder Fragenummern angeben.**

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

---

**Haben Sie sonstige Änderungsvorschläge?**

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

---

**Vielen Dank!**

**Änderungen  
des  
Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
der Umweltmedizinischen Ambulanz  
(UmedFB)  
von Version 2000 zu Version 2003**



# Fragebogen für Patienten der Umweltmedizinischen Ambulanz

## **GRUND DER INANSPRUCHNAHME/DERZEITIGE GESENDSCHAFTSBESCHWERDEN**

## 9. Welche Gesundheitsbeschwerden beeinträchtigen Sie derzeit (bzw. in letzter Zeit) höchstens 2

**Frage 10:** Bitte markieren Sie, welche Beschwerden Sie momentan haben. Bitte pro Zeile nur eine Beschwerde angeben (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung)!

|   |   |   |
|---|---|---|
| Datum des Ausfülltages:   | Kennziffer des Zentrums:  | Patienten-ID:   |
|  |  |  |
| Tag   | Jahr  |   |
| Monat   |   | (wird in der Ambulanz ausgefüllt)   |

Wie alt sind Sie?

Jahre

## Welches Geschlecht haben Sie?

männlich

卷之三

וְזִקְנֵתָה וְבָנֵי אֹתָהּ וְבָנֵי וְגַדְעָן

1

In welchem Bundesland wohnen Sie?

卷之三

deutsch

→ W andere Staatsangehörigkeit

Seit wann leben Sie in Deutschland?

→ W Seit

卷之三

הנִזְקָנָה בְּבֵית־יְהוָה

三

– Bitte gehen Sie Ihr Körnergewicht an:

kg

*Bitte ärztliche Befunde in Kopie beifügen (falls vorhanden).*

---

JMA- und MCS-Forschungsverbund: UmweltFB, Stand: Januar 2003

2  
cont'd

IMM und MGS Erwerbsimmobilien | Immofinanz | Stand: Januar 2002

**13. Sind Sie gegenüber Gerüchen sehr empfindlich?**

ja     nein     weiß nicht

Wenn ja, gegenüber welchen Gerüchen? .....

**14. Besteht bei Ihnen eine besondere Unempfindlichkeit gegenüber Gerüchen?**

ja     nein     weiß nicht

**15. Besteht bei Ihnen Geschmacksstörungen?**

ja     nein     weiß nicht

**16. Besteht bei Ihnen eine generelle Unverträglichkeit (Empfindlichkeit) gegenüber chemischen Stoffen/Fremdstoffen?**

ja     nein     weiß nicht

**17. Besteht bei Ihnen eine Textilunverträglichkeit?**

ja     nein     weiß nicht

**18. Leidet Sie nach Ihrem Eindruck gehäuft unter Infekten bzw. unter einer besonderen Infektanfälligkeit?**

ja     nein

Wenn ja, an welchen?

- Rachen-/Hals-/Mandellentzündungen
- Schnupfen
- Nasen-/Nebenhöhleneinfektionen
- Infektionen der unteren Atemwege (Lufröhre, Bronchien, Lunge)
- Grippe/Infekte
- Sonstige

**19. Besteht bei Ihnen ein ungewöhnlicher Haarausfall?**

ja     nein

**20. Hat Ihr Leistungsvermögen in der letzten Zeit abgenommen?**

ja     nein

**21. Leiden Sie seit mehr als 6 Monaten an starker (für Sie unerklärlicher) Erschöpfbarkeit/Erschöpfung/Müdigkeit?**

ja     nein

**22. Haben Sie in letzter Zeit**

- Ihr Körpergewicht ungefähr gehalten?
- deutlich zugenommen?
- deutlich abgenommen?

**23. A. Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten die folgenden Schmerzen?  
B. Hatten Sie diese Schmerzzustände während der vergangenen 7 Tage (heute eingerechnet)?**

|   | A                         |                          | B                         |                          |
|---|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
|   | In den letzten 12 Monaten | In den letzten 7 Tagen   | In den letzten 12 Monaten | In den letzten 7 Tagen   |
| (1) Kopfschmerzen   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (2) Schmerzen im Gesicht, in den Kaumuskeln, im Kiefergelenk oder im Ohrbereich | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (3) Nackenschmerzen   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (4) Schmerzen in den Schultern  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (5) Schmerzen in Oberarmen, Ellenbogen oder Unterarmen                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (6) Schmerzen in den Fingern oder Händen  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (7) Schmerzen im Brustkorb  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (8) Schmerzen im Bauch oder im Magen  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (9) Schmerzen im Rücken   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (10) Schmerzen im Unterleib   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (11) Schmerzen in den Hüften  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (12) Schmerzen in den Oberschenkeln, Knien oder Unterschenkeln                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (13) Schmerzen in den Füßen oder Zehen  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Nur bei Frauen:</b>  |                           |                          |                           |                          |
| (14) Schmerzen in den Brüsten   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

| <b>Jemals gehabt:</b>   | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              | <b>weiß nicht</b>        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (7) Durchblutungsstörungen in den Beinen, arterielle Verschlusskrankheit, "Schaufensterkrankheit"   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Krampfadern (Varizen, mit oder ohne "offene" Beine)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Venenthrombose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Asthma bronchiale (Bronchialasthma, Lungenasthma, allerg. Asthma)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Chronische Bronchitis (d. h. Husten nachts ohne Erkältung und mit morgendlichem Auswurf an den meisten Tagen, mindestens drei Monate im Jahr in zwei aufeinander folgenden Jahren) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Magenschleimhautentzündung, Gastritis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcuskrankheit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Gallenblasenentzündung oder Gallensteine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) Leberschrumpfung, Leberzirrhose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (17) Schilddrüsenkrankheiten (z. B. Kropf)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (18) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) <b>mit Insulinbehandlung</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (19) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) <b>ohne</b> Insulinbehandlung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (20) Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (21) Gicht oder Harnsäureerhöhung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (22) Blutarmut, Eisenmangel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (23) Nierenbeckenentzündung, Pyelonephritis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (24) Nierenkolik, Nierensteine  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (25) Krebskrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Brustkrebs)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (26) Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (27) Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (z. B. chronische Polyarthritis, rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (28) Osteoporose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (29) Migräne (d. h. anfallartige Kopfschmerzen, die wiederholt und meist halbseitig auftreten, in den frühen Morgenstunden beginnen und Stunden bis Tage andauern können)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (30) Epilepsie (Krampfanfälle, zerebrale Krämpfe)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (31) Parkinson  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (32) Multiple Sklerose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (33) Hirnhautentzündung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (34) Psychiatrische Erkrankung (z.B. Angstzustände, Depression, Psychose)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## FRÜHERE UND JETZIGE KRANKHEITEN

Soweit Sie über Befunde oder Arztbriefe verfügen, legen Sie diese bitte in Kopie bei.

### 24. Sind Sie einmal an folgenden Infektionskrankheiten erkrankt?

|   | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              | <b>weiß nicht</b>        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Diphtherie                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Keuchhusten (Pertussis)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Masern                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Ziegenpeter (Mumps)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Röteln                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Windpocken                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Scharlach                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Tuberkulose                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Ruhr                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Typhus oder Paratyphus             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Toxoplasmose                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Legionellen-Erkrankung             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Borreliose                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Sonstige, und zwar: .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 25. Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie jemals (wenn Sie Ihr gesamtes Leben bis zum heutigen Tag betrachten)?

|  | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              | <b>weiß nicht</b>        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Bluthochdruck, Hypertonie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkratzgefäße, Angina pectoris   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Herzschwäche, Herzinsuffizienz   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Vorübergehende Durchblutungsstörungen des Gehirns (nur wenn sie bei Ihnen mit Lähmungen, Gefülsstörungen oder Sprachstörungen einhergingen und <u>nicht</u> durch Migräne bedingt waren) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**27. Hatten Sie schon Unfälle bzw. schwere Verletzungen?**

Jemals gehabt:

- |   | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (35) Essstörung (Bulimie, Anorexia nervosa)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (36) Sucht- und Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (37) Heuschnupfen, allergische Bindegauertzündung (allergische Rhinitis, allergische Konjunktivitis)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (38) Allergisches Kontaktzekzem (Hautausschlag durch Waschmittel, Kosmetika, Nickel, Unverträglichkeit anderer Metalle u. a.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (39) Neurodermitis (lückendes Ekzem, besonders in den Ellenbeugen und Kniekehlen, endogenes Ekzem, atopisches Ekzem)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (40) Nahrungsmittelallergie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (41) Allergische Hautquaddeln (flüchtige, stark juckende, schubweise aufschießende Quaddeln, Nesselsucht, Urtikaria)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (42) Haben Sie sonstige Allergien, die hier nicht genannt wurden?<br>Falls ja, welche? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (43) Haben Sie sonstige Krankheiten, die hier nicht genannt wurden?<br>Falls ja, welche?<br>1. weitere Krankheit: .....<br>2. weitere Krankheit: .....<br>3. weitere Krankheit: ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(44) Krankheiten von Gebärmutter, Eierstöcken oder Elternlern  
(außer Krebskrankheiten)

Nur bei Frauen:

(45) Prostataerkrankungen oder Genitalerkrankungen  
(außer Krebskrankheiten)

ja       nein

Wenn ja, bitte hier (Art und Zeitpunkt) angeben:  
.....

**28. Waren Sie schon einmal zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus?  
(Geburt und Wochenbett sind hier nicht gemeint)**

ja       nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der stationären Aufenthalte an:   

Bitte Gründe, Klinik, Zeitpunkt und möglichst auch die Art der Behandlung (z. B. Operation) für die letzten Aufenthalte angeben:  
.....

(Falls Sie über Arzberichte verfügen, bitte diese in Kopie beifügen)

**29. Hatten Sie bereits Kuraufenthalte?**

ja       nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der Kuraufenthalte an:   

Wo, wann und weshalb waren Sie zur Kur?  
(1).....  
(2).....  
(3).....  
(4).....

(Falls Sie über Arzberichte verfügen, bitte diese in Kopie beifügen)

**26. Hatten Sie schon einmal**

- (1) einen Hörschaden? .....  ja       nein  
(2) ein Ohrigeräusch (Tinnitus)? .....  ja       nein

32. Welche Schadstoffe oder andere Umwelteinwirkungen machen Sie gegebenenfalls für Ihre Beschwerden verantwortlich?

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Bezeichnung</b><br>(bei Produkten bitte auch den Produktnamen und möglichst die Inhaltsstoffe angeben)  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Wann?</b><br>(Zeitraum)<br><b>Wieviel?</b><br>(Menge/Dosierung)<br><b>Wo?</b><br>(Ortlichkeiten; z.B. Wohnung)<br><b>Wie?</b><br>(durch Hautkontakt, Einatmen etc.) |  |  |  |  |  |  |

Bitte nach Möglichkeit das Produkt bzw. ein Etikett (eine Etikettenabschrift) oder sonstige zweckdienliche Unterlagen mitbringen. Falls bereits Messungen oder Schadstoffanalysen durchgeführt worden sind, stellen Sie uns die Ergebnisse (Labortabelle) bitte in Kopie zur Verfügung.

### 33. Wie schätzen Sie die Bedeutung von elektromagnetischen Feldern ("Elektrosmog") im

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Derartige Einwirkungen sind für meine Gesundheitsbeschwerden</b></p> <p><input type="checkbox"/> sicher verantwortlich      <input type="checkbox"/> vermutlich verantwortlich      <input type="checkbox"/> eventuell verantwortlich      <input type="checkbox"/> nicht verantwortlich</p> | <p><b>Derartige Nahrungsmittel sind für meine Gesundheitsbeschwerden</b></p> <p><input type="checkbox"/> sicher verantwortlich      <input type="checkbox"/> vermutlich verantwortlich      <input type="checkbox"/> eventuell verantwortlich      <input type="checkbox"/> nicht verantwortlich</p> |
| <p><b>34. Wie schätzen Sie die Bedeutung von Nahrungsmitteln im Hinblick auf Ihre Gesundheitsbeschwerden ein?</b></p>  |  |

34. Wie schätzen Sie die Bedeutung von Nahrungsmitteln im Hinblick auf Ihre Gesundheitsbeschwerden ein?

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

**30. Sind in Ihrer Familie die folgenden Erkrankungen aufgetreten?**  
(z. B. bei leiblichen Eltern/Geschwistern/Kindern)

| <b>Erkrankung bei Familienangehörigen</b> | <b>ja</b>                | <b>nein</b>                         | <b>wenn ja, bei wem?</b> |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (1) Neurodermitis (endogenes Ekzem)       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (2) Heuschnupfen                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (3) allergisches Asthma                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (4) Nahrungsmittelallergie                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (5) Zuckerkrankheit                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (6) Bluthochdruck                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (7) Herzinfarkt                           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (8) Schlaganfall                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (9) Krebskrankung                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (10) Nervenerkrankung                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |

**VERMUTETE FREMDSTOFFE/UMWELTCHEMIKALIEN ODER ANDERE VERMUTETE UMWELTEINWIRKUNGEN**

31. Wie sehr vermuten Sie Schadstoffe oder andere Umwelteinflüsse als Ursache(n) Ihrer Beschwerden?

Beratige Umwelteinwirkungen sind für meine Gesundheitsbeschwerden

|                          |                       |  |   |   |                                     |
|--------------------------|-----------------------|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | sicher verantwortlich | <input type="checkbox"/> vermutlich verantwortlich | <input type="checkbox"/> eventuell verantwortlich | <input type="checkbox"/> nicht verantwortlich | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
|--------------------------|-----------------------|--|---|---|-------------------------------------|

34. Wie schätzen Sie die Bedeutung von Nahrungsmitteln im Hinblick auf Ihre Gesundheitsbeschwerden ein?

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

**30. Sind in Ihrer Familie die folgenden Erkrankungen aufgetreten?**  
(z. B. bei leiblichen Eltern/Geschwistern/Kindern)

| <b>Erkrankung bei Familienangehörigen</b> | <b>ja</b>                | <b>nein</b>                         | <b>wenn ja, bei wem?</b> |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (1) Neurodermitis (endogenes Ekzem)       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (2) Heuschnupfen                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (3) allergisches Asthma                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (4) Nahrungsmittelallergie                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (5) Zuckerkrankheit                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (6) Bluthochdruck                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (7) Herzinfarkt                           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (8) Schlaganfall                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (9) Krebskrankung                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (10) Nervenerkrankung                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |

**VERMUTETE FREMDSTOFFE/UMWELTCHEMIKALIEN ODER ANDERE VERMUTETE UMWELTFEINWIRKUNGEN**

31. Wie sehr vermuten Sie Schadstoffe oder andere Umwelteinflüsse als Ursache(n) Ihrer Beschwerden?

Beratige Umwelteinwirkungen sind für meine Gesundheitsbeschwerden

|                          |                       |  |   |   |                                     |
|--------------------------|-----------------------|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | sicher verantwortlich | <input type="checkbox"/> vermutlich verantwortlich | <input type="checkbox"/> eventuell verantwortlich | <input type="checkbox"/> nicht verantwortlich | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
|--------------------------|-----------------------|--|---|---|-------------------------------------|

**35. Wie schätzen Sie die Bedeutung einer Pilz- bzw. Candidabesiedlung des Darms im Hinblick auf Ihre Gesundheitsbeschwerden ein?**

**Eine derartige Pilz- bzw. Candida-Besiedelung des Darms ist für meine Gesundheitsbeschwerden**

|                             |                               |  |   |   |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vermutlich verantwortlich | <input type="checkbox"/> eventuell verantwortlich | <input type="checkbox"/> nicht verantwortlich | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
|-----------------------------|-------------------------------|--|---|---|-------------------------------------|

**36. Halten Sie es für möglich, dass Ihre Erkrankung deutlich Ihr seelisches Befinden beeinträchtigt?**

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

**37. Halten Sie umgekehrt auch eine seelische Verursachung oder Mitverursachung Ihrer Beschwerden für möglich?**

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

**38. Welche Belastungsfaktoren (außer Umweltschadstoffen) könnten bei Ihnen als Ursachen Ihrer Beschwerden in Frage kommen und für wie wahrscheinlich halten Sie dies?**

Falls einer der folgenden Antworten **gar nicht** zutrifft, etwa weil Sie nicht rauchen, keinen Alkohol trinken, nicht berufstätig sind oder weil Sie nicht in einer Beziehung leben oder keine Familie haben, dann kreuzen Sie bitte ganz rechts „**trifft gar nicht zu**“ an.

|   | sehr wahrscheinlich | wahrscheinlich | nicht wahrscheinlich | nicht gar nicht zu | ja | nein | weiss nicht |
|---|---------------------|----------------|----------------------|--------------------|----|------|-------------|
| (1) Veranlagung, Vererbung                                |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (2) Krankheitserreger                                     |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (3) Falsche Ernährung                                     |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (4) Genussmittel (Rauchen, Alkohol etc.)                  |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (5) Bewegungsmangel                                       |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (6) Stress am Arbeitsplatz                                |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (7) Sorgen um den Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit      |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (8) Finanzielle Sorgen                                    |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (9) Mangel an zwischenmenschl. Beziehungen (Vereinsamung) |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (10) Beziehungsprobleme, Partnerschaftskrisen             |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (11) Familiäre Belastungen                                |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (12) Nachbarschaftsprobleme                               |                     |                |                      |                    |    |      |             |
| (13) Andere Belastungen und Konflikte                     |                     |                |                      |                    |    |      |             |

#### ZAHNÄRZTLICHE MATERIALIEN/AMALGAM ...

**39. Haben Sie derzeit Zahnfüllungen mit Amalgam?**

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

Falls **ja**: Wie viele Amalgam-Füllungen haben Sie?  
Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte! Bitte schauen Sie in den Spiegel.

**[Anzahl]**

Wie alt ist die zuletzt eingesetzte Amalgam-Füllung?

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> weniger als ein Jahr | <input checked="" type="checkbox"/> → [Anzahl] Monate |
| <input type="checkbox"/> mehr als ein Jahr    | <input checked="" type="checkbox"/> → [Anzahl] Jahre  |
| <input type="checkbox"/> weiß nicht           |   |

**40. Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt worden sind?**

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

Falls **ja**: Wie viele Amalgamfüllungen wurden entfernt und wann war das?

**Wurden Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt?**

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

**Wurden die Amalgamfüllungen aus Gründen der Vorsorge („sicher ist sicher“) entfernt?**

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

**Ist eine Nachbehandlung erfolgt?**

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

Wenn **ja**, welche .....

**41. Sind bei Ihnen im Zahn- oder Kieferbereich die folgenden Materialien vorhanden (z. B. als Füllungen, Inlays, Brücken, Kronen, Prothesen)?**

|                           | ja                       | nein                     | weiss nicht              |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gold                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Platin                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palladium                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kunststoff                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keramik                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges (außer Amalgam) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**46. Welche Bauweise liegt bei dem Haus vor, in dem Sie wohnen? Handelt es sich bei dem Haus um ein/eine**

|  | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Massivbauweise<br>(z. B. Kalksandstein, Klinker, Tonbrand/Hohlblock) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lehm-/Fachwerkhaus   | <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"/> |

**47. In welchem Stockwerk wohnen Sie?**

Stock

**48. Wie groß ist Ihre Wohnung?**

qm

**49. Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung ? (ohne Küche/Bad/Toilette)**

Zimmer

**50. Wie hoch sind die Räume im Allgemeinen in Ihrer Wohnung (bitte notfalls schätzen):**

Meter

**51. Wohnen Sie zur Miete oder ist die Wohnung (das Haus) Ihr Eigentum?**

- Untermieter
- Mieter der Wohnung
- Mieter des Hauses
- Eigentümer der Wohnung
- Eigentümer des Hauses
- Sonstiges: .....

### KÖRPERPFLEGEMITTEL, KOSMETIKA

**42. Reagieren Sie besonders empfindlich auf die folgenden Körperpflegemittel/Kosmetika?**

|                        | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deo-Sprays             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deo-Stifte             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deo-Roller             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegelotionen         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wimperntusche          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haarfärbemittel        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enthaarungsmittel      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Make up                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasierwasser           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere, und zwar:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### WOHNUNG (Fragen zum Arbeitsplatz folgen ab S. 27)

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre jetzige Wohnung!*

**43. Wann sind Sie in Ihre Wohnung oder Ihr Haus eingezogen ?**

Jahr

**44. Wohnen Sie in ...**

- einem Neubau (bis 10 Jahre alt)?
- einem Gebäude mittleren Alters?
- einem Altbau?

**45. In welchem der folgenden Gebäudetypen wohnen Sie? Bitte nur ein Kreuz machen!**

- Hochhaus
- Wohnblock
- Mehrfamilienhaus oder Reihenhaus
- Einfamilien- oder Zweifamilienhaus
- Sonstiges

**52. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt?**  
Sie selbst mitgerechnet! Zählen Sie bitte auch die Kinder mit.

Insgesamt

↓  
Personen

- davon:
- unter 6 Jahre alt
  - von 6 bis unter 15 Jahre alt
  - von 15 bis unter 18 Jahre alt
  - 18 Jahre und älter (Erwachsene)

**55. Falls Sie im Zusammenhang mit Ihrer Wohnung gesundheitliche Probleme haben, in welchen Räumen treten die Beschwerden auf?**

in der ganzen Wohnung

oder vorwiegend in den folgenden Räumen:

- Wohnzimmer
- Schlafzimmer
- Arbeitszimmer
- Kinderzimmer
- Küche
- Bad
- Sonstige: .....

**53. Wie fühlen Sie sich in Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus (in Bezug auf die Luftqualität bzw. das Innenraumklima)?**

- sehr wohl  
 wohl  
 mäßig wohl  
 unwohl

**56. Klagen Mitbewohner ebenfalls über Belästigungen oder ggf. über wohnungsbezogene Gesundheitsbeschwerden?**

ja

nein

Wenn ja, wer? .....

**57. Welche Fenster sind in Ihrer Wohnung überwiegend eingebaut?**

- |  | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Holzfenster: Einfachverglasung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Holzfenster: Isolierglas/Verbundglas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Holzfenster: Kasten-/Doppelfenster   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Kunststoff- oder Aluminiumfenster    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**58. Gibt es in Ihrer Wohnung Schallschutzfenster (Lärmschutzfenster)?**

- ja  
 nein
- Wenn ja: Welche Schallschutzklasse (sofern bekannt)?  4  5  6
- Mit Zwangsentlüftung? .....  ja  nein
  - Ohne Zwangsentlüftung? .....  ja  nein

- Heizung/Öfen  
 Baumaterialien  
 Bodenbeläge  
 Wandbelag  
 Anstriche  
 Möbel  
 Neue Matratzen  
 Neue Sitzgarnitur  
 Neue Kleidungsstücke  
 Gereinigte Textilien  
 Reinigungsmittel bzw. -maßnahmen  
 Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen  
 Hobby-Materialien  
 Sonstige

**59. Verwenden Sie in Ihrer Wohnung**

- |   | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Luftbefeuchter (z. B. Verdampfer, Zerstäuber, Verdunster, Wasserbehälter an Ofen/Heizung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Luftreinigungsgerät (oder Mehrfachgerät, das reinigt und befeuchtet)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Klima- und Luftkühlgerät bzw. -anlage   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**60. Wie wird Ihre Wohnung bzw. Ihr Haus *hauptsächlich* beheizt? Keine Mehrfachnennungen!**

- Etagenheizung (eine Brennstelle in der Wohnung)
  - Einraumheizung (mehrere Brennstellen in der Wohnung)
  - Fern-/Zentralheizung (keine Brennstelle in der Wohnung)
  - Zentralheizung (Brennstelle im Haus/Keller)
- wann trocken gelegt? .....  
 • womit bekämpft (z. B. Antischimmelmittel/-farben)? .....  
 • welches Präparat? .....  
 • welche Fläche? 

**66. Hatten Sie früher Schimmelbefall, der jetzt trocken ist?**

ja  nein

Wenn **ja**,

- wann trocken gelegt? .....
- womit bekämpft (z. B. Antischimmelmittel/-farben)? .....
- welches Präparat? .....
- welche Fläche? 

**61. Werden in Ihrem Haushalt in der Heizperiode häufiger oder regelmäßig Einzelöfen benutzt?**  
(einschließlich Gasfeuer/Gastherme, Gas-Heizgeräte mit offener Flamme, Kachelöfen, offene Kamine)

ja  nein

Wenn **ja**, in welchen Räumen und mit welchem Brennmaterial? Sie können mehreres ankreuzen!

|                    | Holz / Kohle             | Öl                       | Gas                      |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Küche          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Wohnzimmer     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Schlafzimmer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Kinderzimmer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Sonstige Räume | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**62. Kommt es beim Betrieb der Einzelöfen-/Brenner-/Heizer zu bedenklicher Rauchentwicklung/  
Gasentwicklung/Geruchsbelästigung?**

ja  nein

**63. Gibt es Röhrchen zur Messung des Energieverbrauchs an Ihren Heizkörpern?**

ja  nein

**64. Wie würden Sie das Raumklima (Temperatur und Feuchte) in Ihrer Wohnung einschätzen?**

Die Wohnung ist eher:

- zu kühl/kalt  angenehm temperiert  zu warm  zu trocken
- zu feucht  angenehm bzgl. Luftfeuchte  zu trocken

**65. Gibt es einzelne Wände in Ihrer Wohnung, die**

- (1) feucht sind? .....  ja  nein
- (2) schimmelig sind? .....  ja  nein

**66. Hatten Sie früher Schimmelbefall, der jetzt trocken ist?**

ja  nein

Wenn **ja**,

- wann trocken gelegt? .....
- womit bekämpft (z. B. Antischimmelmittel/-farben)? .....
- welches Präparat? .....
- welche Fläche? 

**67. Trocknen Sie häufig Wäsche in der Wohnung?** (Balkon ist hier nicht gemeint)

ja  nein

**68. Erhalten Sie zu Hause Ihr Wasser aus dem öffentlichen Trinkwassernetz?**

ja  nein  weiß nicht

**69. Bestehen Ihre Trinkwasserleitungen aus**

|                                       | ja                       | nein                     | weiß nicht               |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kupferrohren                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bleirohren                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| verzinnten Stahlrohren („Eisenrohre“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Edelstahl                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kunststoff                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sonstigem Material                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**70. Wurde Ihre Wohnung in letzter Zeit in größerem Umfang renoviert, ausgebaut oder umgebaut?**

ja  nein

Wenn **ja**, wann?  Monat  Jahr

**71. Wurden in letzter Zeit Arbeiten mit Farben, Lacken, Klebern oder Ausschäumungsmitteln in der Wohnung vorgenommen?**

ja  nein

**72. Haben Sie Spanplatten in Ihrer Wohnung (z. B. Bodenplatten, Decken- oder Wandverkleidung, Schränke, Regale)?**

- ja  nein  weiß nicht

Wenn ja, welche und wieviel Quadratmeter?

- unbeschichtete Press-Spanplatten → Fläche: qm
- beschichtete Press-Spanplatten → Fläche: qm

**73. Haben Sie neue Holzmöbel in der Wohnung?**

- ja  nein

Wenn ja:

- seit wann? Monat Jahr
- auffälliger Geruch? .....  ja  nein

**74. Haben Sie neue Sitzmöbel (Sitzgarnitur) in der Wohnung?**

- ja  nein

Wenn ja:

- seit wann? Monat Jahr
- Ledermöbel? .....  ja  nein
- auffälliger Geruch? .....  ja  nein

**75. Welche Matratze haben Sie in Ihrem Bett?**

- Art/Material: .....

- Wann gekauft? Monat Jahr

- Auffälliger Geruch? .....  ja  nein

- riecht immer noch (bis heute)  
 roch Wochen bis Monate  
 roch nur anfänglich (einige Tage)

**76. Haben Sie Teppichböden in Ihrer Wohnung?**

- ja  nein

Wenn ja:

- In welchen Räumen? .....
- Wieviele Quadratmeter? qm
- Auffälliger Geruch? .....  ja  nein

**77. Befinden sich in Ihrer Wohnung Holzbalken oder Holzflächen (Decken, Böden, Wände), die mit Holzschnitzmitteln behandelt worden sind?**

- ja  nein  weiß nicht

Wenn ja:

- In welchen Räumen? .....
- Wie viele Quadratmeter? qm
- Welches Produkt wurde verarbeitet? .....
- Wann wurde das Mittel verarbeitet? .....
- Von wem wurde das Mittel verarbeitet? .....

**78. Werden in Ihrem Haushalt die folgenden Produkte verwendet?**

|  | ja, häufig               | ja, nie                  | gelegentlich, ja, selten | nein, nie                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) Toilettensteine<br>(z. B. Bloo, WC-frisch, 00)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) WC- und Rohreiniger<br>(z. B. Rohr-frei)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Geruchsverbesserer, Raumluftverbesserer oder Raumspray<br>(z. B. auf der Toilette)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Desinfektionsmittel<br>(z. B. Sagrotan, Lysoform, Lysoformin, Lysol, Formaldehyd)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Sanitätreiniger<br>(z. B. Domestos, Dan Klorix, Sagro plus)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Universalreiniger/Allzweckreiniger/Haushaltsreiniger<br>(z. B. Ajax, Meister Proper, Door, General)                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Lederimprägniermittel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Weichspüler<br>(z. B. Lenor, Vernel)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Enthärter<br>(z. B. Calgon, Calgonit, Sonat)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) <b>Chemische Schädlingsbekämpfungsmittel:</b>   |                          |                          |                          |                          |
| → zur Tierpflege (z. B. gegen Flöhe und Zecken, wie Jacutin oder Flohhalsbänder)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → als Pflanzenschutz<br>(z. B. gegen Blattläuse, wie z. B. Paral)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → als Vorratschutz (z. B. vor Ameisen, Schaben, Ratten und Mäusen, wie Blattanex oder Killgerm)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → als Textilschutz<br>(z. B. Mottekkugeln, -streifen, -tüten, wie Nexalotte oder Vaporin)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → als Insektenvernichtungsmittel in der Wohnung (z. B. Elektroverdampfer mit Verdampfungsplättchen oder Insektenspray, wie PSY 9 oder Paral) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → als Körperschutz<br>(z. B. Kopfläusmittel, Mückenschutz, wie Jacutin und Autan)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → als Mittel gegen Schimmelplizze  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- ja       nein
- Wenn ja:
- Wann war das? .....
  - Gegen welche Schädlinge? .....
  - In welchen Räumen? .....

**80. Wie oft lassen Sie oder andere Haushaltsmitglieder Textilien oder Kleidungsstücke in einer chemischen Reinigung reinigen?**

- sehr häufig       häufig       selten       nie
- 81. Verwenden Sie Duftöle in Verdampfern oder Lampen?**
- ja       rein

**82. Halten Sie in Ihrer Wohnung Haustiere?**

- ja       rein
- Wenn ja, welche?
- Katze
  - Hund
  - Papagei
  - sonstige Vögel
  - Fische/Wassertiere
  - Goldhamster, (Zwerg-)Hasen, Kaninchen
  - Mäuse, Hamster, Ratten
  - Meerschweinchen
  - Terrariantiere (Schlangen, Echsen etc.)
  - Sonstige Haustiere → Welche? .....
- 83. Haben Sie Grünpflanzen oder blühende Pflanzen in Ihrer Wohnung?**
- ja       nein
- Wenn ja:
- 1-5 Pflanzen
  - 6-10 Pflanzen
  - mehr als 10 Pflanzen
- und zwar
- in Erde
  - in Hydrokultur

**84. Wird in Ihrer Wohnung geraucht? (Denken Sie bitte auch an häufige Besucher)** ja nein

Wenn ja, wer raucht im Haushalt und wie oft?

| <b>Wer?</b>   | <b>Was?</b>  | <b>Wie viele</b>                                  |
|---|--|---|
| Sie selbst?<br>Ehemann/-frau? Freund/-in?<br>Sohn/Tochter?<br>Vater/Mutter? | Zigaretten?<br>Zigaretillos?<br>Zigaretten?<br>Pfeife? | etc. pro Tag in der<br>Wohnung (im Durchschnitt)? |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |

**85. Gibt es sonst noch Besonderheiten in Ihrer Wohnung oder bei der Wohnungsausstattung?** ja nein

Wenn ja, welche? ....

**86. Meiden Sie nach Möglichkeit Ihre Wohnung, weil es Ihnen dort gesundheitlich nicht so gut geht?** ja nein**87. Halten Sie sich bevorzugt in Ihrer Wohnung auf, weil Sie sich dort gegenüber Umwelteinflüssen/-noxen am ehesten geschützt fühlen?** ja nein**88. Gibt es in Ihrer Wohnung oder in Ihrem Haus normalerweise Lärm von außen?** ja nein nein → Bitte weiter mit Frage 90!

**89. Falls Sie die vorstehende Frage mit "ja" beantwortet haben:  
Wo durch wird der Lärm im allgemeinen verursacht, als wie stark würden Sie ihn jeweils bezeichnen und wie häufig fühlen Sie sich auch nachts durch Lärm gestört?  
Sie können mehrere ankreuzen!**

| Lärm wird verursacht durch:  | Stärke des Lärms |              |             |        |        | Störung nachts |
|------------------------------|------------------|--------------|-------------|--------|--------|----------------|
|                              | sehr stark       | mittel stark | nicht stark | häufig | selten |                |
| (1) Straßenverkehr           | □                | →            | □           | □      | □      | □              |
| (2) Schienenverkehr          | □                | →            | □           | □      | □      | □              |
| (3) Luftverkehr              | □                | →            | □           | □      | □      | □              |
| (4) Industrie, Gewerbe       | □                | →            | □           | □      | □      | □              |
| (5) Gaststätten, Diskotheken | □                | →            | □           | □      | □      | □              |
| (6) Kinderspielplätze        | □                | →            | □           | □      | □      | □              |
| (7) Nachbarn                 | □                | →            | □           | □      | □      | □              |
| (8) Sonstiges                | □                | →            | □           | □      | □      | □              |

| WOHNUMFELD/WOHNGEBIECT   |  |
|--|--|
| 90. Wie würden Sie Ihr Wohngebiet und die dort vorherrschende Bebauungsart beschreiben?<br>(Mehrfachangaben möglich) |  |

Gebiet:

- Land/ländlich, dörflich (bis 5 000 Einw.)
- Ländliche Kleinstadt (5 000 bis 20 000 Einw.)
- Vorstädtisch; Stadtrand
- Städtisch/innerstädtisch

Struktur:

- Reines Wohngebiet
- Wohn-Gewerbe-Mischgebiet
- Hochhaussiedlung
- Dichte Wohnbebauung, zusammenhängende Blockbebauung ohne Grünflächen beim Haus
- Zusammengehängende Blockbebauung mit Grünflächen beim Haus
- Aufgelockerte, mehrgeschossige Bebauung mit Grünflächen oder Gärten
- Ein- bis Zweifamilienhäuser mit Gärten
- Villenviertel

Bebauungsart:

**91. Wie wohl fühlen Sie sich außerhalb Ihrer Wohnung in Ihrem Wohnumfeld?**

- sehr wohl       wohl       mäßig wohl       unwohl

**92. Fühlen Sie sich außerhalb Ihrer Wohnung in Ihrem Wohnumfeld bestäigt?**

- ja       nein

Wenn ja, durch:

- Lärm
- Straßenverkehr, Abgase
- Parkplatz/Garage/Tiefgarage
- Tankstelle; Kfz-Werkstatt
- Chemische Reinigung
- Druckerei; Lackiererei
- Rücksichtloses/aggressives Verhalten anderer Personen
- Müll auf öffentlichen Wegen, Plätzen und Grünanlagen
- Verschandelungen des Stadtbildes/Landschaftsbildes durch Gebäude oder Bauwerke
- Schnäurerieen („Graffiti“)
- Ein Übermaß an öffentlicher Werbung (Werbestellwände u. dgl.)
- Hochspannungsleitungen/Transformatoren/Sendeantennen in Ihrer unmittelbaren Nachbarschaft
- Industriebetrieb(e)
- Deponie
- Müllverbrennungsanlage
- Kraftwerk
- Landwirtschaftlicher Betrieb
- Kläranlage
- Biokompostierungsanlage
- Sonstiges: .....

Falls Ihre Wohnung an mehrere Straßen angrenzt, geben Sie bitte im Folgenden nur die am stärksten befahrene Straße an!

**94. Liegt Ihre Wohnung an einer durch Kraftfahrzeugverkehr**

- sehr stark befahrenen Durchgangsstraße?
- stark befahrenen Haupt- oder Durchgangsstraße?
- beträchtlich befahrenen Nebenstraße?
- mäßig befahrenen Nebenstraße?
- sehr wenig befahrenen Straße (Anliegerstraße, verkehrsberuhigte Zone)?

**95. Gehört zu Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus ein Garten, den Sie selbst nutzen können oder haben Sie einen Schrebergarten?**

- nein, weder noch
- ja, Garten direkt am Haus
- ja, Garten nicht am Haus

**96. Verwenden Sie in Ihrem Garten chemische Produkte, wie**

|                                    | ja                       | nein                     |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kunstdünger                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unkrautvernichtungsmittel          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insektenvernichtungsmittel         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Schädlingsbekämpfungsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**FRÜHERE WOHNUNGEN UND WOHNUMGEBUNGEN**

Falls Sie in den letzten 10 Jahren noch in anderen Wohnungen/Häusern gelebt haben, dann geben Sie diese bitte im Folgenden an (einschließlich Wohnzeitraum); bitte nennen Sie auch etwaige Besonderheiten, die aus Ihrer Sicht für Ihre jetzigen Gesundheitsprobleme mitverantwortlich sein könnten.

**97. Zu Ihren früheren Wohnungen (beginnen Sie bitte mit der vorigen Wohnung):**

| Wohnort,<br>Bundesland, Land | Wohnzeitraum<br>(von - bis) | Besondere Belastungen<br>in der Wohnung | Besondere Belastungen<br>im Wohnumfeld |
|------------------------------|-----------------------------|---|--|
|                              |                             |   |  |

| Wohnort,<br>Bundesland, Land | Wohnzeitraum<br>(von - bis) | Besondere Belastungen<br>in der Wohnung | Besondere Belastungen<br>im Wohnumfeld |
|------------------------------|-----------------------------|---|--|
|                              |                             |   |  |

Ggf. handschriftlich um weitere Wohnungen ergänzen (bitte nicht mehr als zehn Jahre zurück)

## ARBEITSPLATZ

Falls Sie noch nie berufstätig waren, gehen Sie bitte weiter zur Frage 114.

98. Falls Sie schon einmal berufstätig waren oder noch berufstätig sind, dann geben Sie bitte Ihre bisherigen Berufe/Tätigkeiten der Reihe nach an:

| Welche Berufe/Tätigkeiten haben Sie ausgeübt? | Zeitraum (von - bis) | Gab es besondere Belastungen? | Haben Sie die Arbeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben? |
|---|----------------------|-------------------------------|---|
| 1.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 2.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 3.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 4.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 5.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 6.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 7.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 8.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 9.  |                      | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |

Bitte ggf. auf Beiblatt ergänzen.

99. Stehen Sie zur Zeit noch in einem Arbeitsverhältnis?

- ja     nein → weiter mit [Frage 112](#)

100. Seit wann sind Sie an Ihrem jetzigen Arbeitsplatz beschäftigt?

Monat     Jahr

101. Wie lange benötigen Sie für den einfachen Weg zur Arbeit?

- weniger als 30 Minuten  
 30 bis 60 Minuten  
 60 bis 90 Minuten  
 mehr als 90 Minuten

102. Wie sind Ihre durchschnittlichen Arbeitszeiten?

Tage pro Woche  
 Stunden pro Woche

## 103. Arbeiten Sie im Schichtdienst?

- ja     nein

Wenn ja:

- Wechselschicht ohne Nacharbeit  
 Wechselschicht mit Nacharbeit  
 Ausschließlich Nacharbeit (nicht in Wechselschicht)

## 104. Wie viele Tage oder Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig geschrieben?

Tage

## 105. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit zufrieden?

- sehr zufrieden     zufrieden     mäßig zufrieden     unzufrieden

## 106. Fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz durch folgende Bedingungen gesundheitlich beeinträchtigt? (Sie können mehrere ankreuzen)

- Unbefriedigende Tätigkeit  
 Zu viel Arbeit, Zeitdruck, Leistungsdruck, lange Arbeitszeit/Überstunden  
 Schlechtes Arbeitsklima  
 Sorge um den Arbeitsplatz  
 Anstrengende körperliche Arbeit  
 Lärm  
 Geruchsbelästigung  
 Schlechte Beleuchtungsverhältnisse  
 Schlechte räumliche Verhältnisse  
 Störungen durch zu hohe Raumbelegung (zu viele Personen)  
 Zu warme Raumtemperatur  
 Wechselnde Raumtemperatur  
 Trockene Luft  
 Verbrauchte Luft  
 Zugerscheinungen  
 Fehlende Fensterlüftung  
 Staub  
 Luftverunreinigung durch Ausdünstungen aus Einrichtungsgegenständen, Baumaterialien etc.  
 Passivrauchen  
 Elektrostatische Aufladungen  
 Vibratoren  
 Sonstiges: .....

**107. Haben Sie einen Bildschirmarbeitsplatz?**

ja  nein

Ich verbringe durchschnittlich ca.  Stunden am Tag mit Bildschirmarbeit.

**108. Arbeiten Sie in einem klimatisierten Raum?**

ja  nein

**109. Ist am Arbeitsplatz ein Luftbefeuchter vorhanden?**

ja  nein

**110. Werden Sie regelmäßig betriebs- oder werksärztlich untersucht?**

ja  nein

**116. Wie lange halten Sie sich tagsüber durchschnittlich in Innenräumen bzw. Gebäuden auf?  
(nur vom Aufstehen bis zum zu Bett gehen rechnen; ohne Schlaufzeit)**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>→ Sommerhalbjahr</b> | <b>tagsüber am Wochenende</b>          |
| Eigene Wohnung:         | <input type="checkbox"/> Std. tagsüber |
| Andere Räumlichkeiten:  | <input type="checkbox"/> Std. tagsüber |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>→ Winterhalbjahr</b> | <b>tagsüber an Werktagen</b>           |
| Eigene Wohnung:         | <input type="checkbox"/> Std. tagsüber |
| Andere Räumlichkeiten:  | <input type="checkbox"/> Std. tagsüber |

**112. Führen Sie die von Ihnen beobachteten Gesundheitsbeschwerden**

- auf Belastungen am jetzigen Arbeitsplatz zurück? .....  ja  nein
- auf Belastungen an einem früheren Arbeitsplatz zurück? ...  ja  nein

**113. Ist bei Ihnen**

- die Anerkennung einer Berufskrankheit beantragt? .....  ja  nein
- eine Berufskrankheit anerkannt worden? .....  ja  nein

#### AUFTENTHALTSZEITEN (TAGESABLAUF)

*Die folgenden Fragen dienen der Expositionsabschätzung.*

- Werktag**                    **Wochenende**
114. a) Wann stehen Sie üblicherweise auf? ..... Uhr ..... Uhr
- b) Und wann gehen Sie üblicherweise zu Bett? ..... Uhr ..... Uhr

**115. Wie lange halten Sie sich durchschnittlich pro Tag in privaten oder öffentlichen Kraftfahrzeugen (PKW oder Bus) auf?**

- weniger als 30 Minuten  
 30 bis 60 Minuten  
 60 bis 90 Minuten  
 mehr als 90 Minuten

**117. Wie oft verzehren Sie folgende Nahrungsmittel?**

|                                | mehrmais täglich, fast täglich | mehrmais pro Woche       | etwa einmal pro Woche    | seltener als einmal pro Woche | fast nie oder nie        |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| (1) Fleisch (inkl. Geflügel)   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (2) Wurstwaren, Schinken       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (3) Fisch (inkl. Konserven)    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (4) Eier                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (5) Käse                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (6) Frisches Obst              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (7) Gemüse oder Salat          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (8) Kuchen, Kekse, Gebäck      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (9) Süßwaren (z.B. Schokolade) | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| (10) Milch, Milchgetränke      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |

**118. Ernähren Sie sich vorzugsweise mit normaler Mischkost?**

- ja     nein

**119. Wieviel Tee, Kaffee, Energiedrinks oder Cola trinken Sie durchschnittlich an einem Tag?**

- Tassen Tee  
 Tassen Kaffee  
 Gläser Energiedrinks  
 Gläser Cola

**120. Ernähren Sie sich vegetarisch?**

- ja     nein

Wenn ja:

- ohne Fleisch, Wurst  
 ohne Fleisch, Wurst, Fisch  
 ohne Fleisch, Wurst, Fisch, Eier, Milch

**121. Ernähren Sie sich nach bestimmten Kostformen oder halten Sie spezielle Diäten ein?**

- ja, häufiger     ja, gelegentlich     nein

**122. Haben Sie in den letzten drei Jahren schon einmal eine der folgenden Kostformen oder Diäten ausprobiert? Mehrfachangaben möglich!**

- Rotationsdiät  
 Heilfasten  
 Makrobiotik  
 Schnitzer-Kost  
 Hay'sche Trank kost  
 Sonstige → Welche? .....

**123. Meinen Sie, dass Ihr Gewicht eher zu hoch, gerade richtig oder eher zu niedrig ist?**

- eher zu hoch     gerade richtig     eher zu niedrig

**RAUCHEN UND PASSIVRAUCHEN**

**124. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?**

- Habe noch nie geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren)  
 Habe früher geraucht  
 Rauche zur Zeit →  täglich  
 gelegentlich

**125. Wieviel rauchen Sie zur Zeit durchschnittlich am Tag?**

- Zigaretten  
 Zigarren, Stumpen, Zigarillos  
 Pfeifen

**126. Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?  
Sie können mehrere ankreuzen!**

|     |                  | Wenn ja, fühlen Sie sich dadurch gestört? |   |
|-----|------------------|---|---|
| (1) | Bei der Arbeit   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| (2) | Zu Hause         | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| (3) | An anderen Orten | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**127. Halten Sie das Passivrauchen in Bezug auf Ihre gesundheitlichen Beschwerden für bedeutsam?**

- ja     nein     weiß nicht

**ALKOHOLISCHE GETRÄNKE**

**128. Trinken Sie alkoholische Getränke?**

- ja →  gelegentlich  
 häufiger  
 regelmäßig  
 nein → nicht mehr seit: .....

- 129. Wie steht es bei Ihnen mit der Verträglichkeit von Alkohol?**
- Ich vertrage Alkohol überhaupt nicht
  - Ich vertrage Alkohol einigermaßen
  - Ich vertrage Alkohol relativ gut
- MEDIKAMENTE**
- 130. Nehmen Sie Medikamente ein?**  
(Hierunter fallen auch Schmerz-, Schlaf-, Abführ-, Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsstoffe, Vitamine, Spurenelemente usw.)
- ja
  - nein
- Wenn ja, geben Sie bitte den Namen des Medikamentes, die Dosierung und die Einnahmedauer an:
- | Name des Medikamentes | Dosierung | Einnahmedauer |
|-----------------------|-----------|---------------|
| .....                 | .....     | .....         |
| .....                 | .....     | .....         |
| .....                 | .....     | .....         |
| .....                 | .....     | .....         |
- KÖRPERLICHE AKTIVITÄT, SPORT  
FREIZEITAKTIVITÄTEN UND HOBBYS**
- 131. Welchen Freizeitaktivitäten/Hobbies gehen Sie nach?**
- .....
  - .....
  - .....
  - .....
- 132. Wie oft treiben Sie Sport?**
- Regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche
  - Regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche
  - Regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche
  - Weniger als 1 Stunde in der Woche
  - Keine sportliche Betätigung

- 133. Kommen Sie bei Ihren Freizeitaktivitäten mit chemischen Stoffen in Kontakt?**  
(Etwa bei der Foto-, Bastel-, Heim-, Gartenarbeit, beim Töpfen oder beim Motorsport; z. B. mit Abgasen, Klebern, Lacken, Lösungsmitteln, Düng- oder Schädlingsbekämpfungsmitteln)
- ja
  - rein
- Wenn ja, wobei und mit welchen Stoffen?  
.....  
.....  
.....  
.....
- URLAUB/REISEN**
- 134. Haben Sie in den letzten fünf Jahren Reisen in das außereuropäische Ausland unternommen?**
- ja
  - nein
- Wenn ja, wann und wohin?  
.....  
.....  
.....  
.....
- PERSÖNLICHES/SOZIALES**
- 135. Waren Sie ein Einzelkind oder sind Sie mit anderen Kindern in der Wohnung aufgewachsen?**
- Bin alleine aufgewachsen
  - Bin mit    Kind/Kindern gemeinsam aufgewachsen
- 136. Besuchten Sie in Ihrer Kindheit eine Kinderkrippe oder einen Kindergarten?**
- ja → Und zwar im Alter von    bis    Jahren
  - nein

**137. Wie ist Ihr momentaner Familienstand? (Mehrfachantworten möglich)**

- ledig
- verheiratet, mit Ehepartner zusammen lebend
- verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

**137a Haben Sie zur Zeit einen festen Lebenspartner?**

- ja  nein

**138. Wie viele Kinder haben Sie? Bitte auch Adoptivkinder angeben.**

- keine  Ich habe  Kind(er)

Falls Sie Kinder haben, machen Sie bitte für jedes Kind noch ein paar Angaben:

|         | Sohn oder Tochter?   | Geburtsjahr  | Lebt das Kind noch zu Hause? |                               |
|---------|--|--|------------------------------|-------------------------------|
|         |  |  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 1. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Kind | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |

Bei weiteren Kindern bitte hier ergänzen:

- ja → Zahl der Geschwister

- nein

**140. Welchen Schulabschluss haben Sie?**

- Wenn Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den höchsten!
- Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)
- Abitur, allgemeine oder fachgeboundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS)
- Anderen Schulabschluss
- Schule beendet ohne Abschluss
- Noch keinen Schulabschluss

**141. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?**

- Wenn ja, welche? Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den höchsten!
- Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)
- Berufsfachschule, Handelschule (beruflich-schulische Ausbildung)
- Fachschule (z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)
- Fachhochschule, Ingenieurschule
- Universität, Hochschule
- Anderen Ausbildungsabschluss
- Keinen beruflichen Abschluss (und nicht in der Ausbildung)
- Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)

**142. Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?**

- in der Lehre (Auszubildender)
- in Schulausbildung
- in Fachhochschul-/Hochschulausbildung
- arbeitslos gemeldet
- ausschließlich Hausfrau/Hausmann (nicht erwerbstätig)
- Wehr-/Zivildienst/freiwilliges soziales Jahr
- Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme
- Altersrente/Pension
- Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente →  auf Dauer
- auf Zeit; bis  Jahre
- Nichts davon trifft zu

**143. In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?**

- Arbeiter**
- Ungelehrter Arbeiter
  - Angelernter Arbeiter
  - Gelehrter Arbeiter und Facharbeiter
  - Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier
- Selbstständiger (einschließlich mithelfender Familienangehöriger)**
- Selbstständiger Landwirt, Genossenschaftsbauer
  - Freier Beruf, selbstständiger Akademiker
  - Sonstiger Selbstständiger mit bis zu 9 Mitarbeitern
  - Sonstiger Selbstständiger mit 10 und mehr Mitarbeitern
  - Mithelfender Familienangehöriger

**Angestellter**

- Industrie- und Werkmeister im Angestelltentenverhältnis
- Angestellter mit einfacher Tätigkeit  
(z. B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypist)
- Angestellter mit qualifizierter Tätigkeit  
(z. B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner)
- Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion  
(z. B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokunst, Abteilungsleiter)
- Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben  
(z. B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände)

**Beamter (einschl. Richter und Berufssoldaten)**

- Einfacher Dienst
- Mittlerer Dienst
- Gehobener Dienst
- Höherer Dienst

**Sonstiges**

- z. B. Auszubildender, Schüler, Student, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant
- 
- 144. Haben Sie häufiger Probleme mit Ihrem Lebenspartner (Beziehungsprobleme)?**
- ja       nein       trifft nicht zu (da kein Partner)
- 
- 145. Fühlen Sie sich in Ihren gesundheitlichen Beschwerden vom Partner verstanden, unterstützt oder abgelehnt?**
- Eher verstanden und unterstützt
  - Zu wenig verstanden/unterstützt
  - Trifft nicht zu (da kein Partner)

**146. Gab es schwere seelisch belastende Situationen, wie z. B. einen Todesfall, berufliche/finanzielle/familiäre Probleme bei Krankheitsbeginn?**

- ja
- nein

**147. Besteht in Ihrer Partnerschaft eine ungewollte Kinderlosigkeit?**

- ja
- nein

**IHR WEG ZUR UMWELTMEDIZIN**

**148. Wie und in welchem Ausmaß haben Sie Hinweise/Informationen zu Ihren umweltbezogenen Gesundheitsproblemen erhalten? Machen Sie bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

|   | stark                    | mäßig                    | kaum                     | gar nicht                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) durch Bücher/Taschenbücher                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) durch Berichte in Zeitungen/Zeitschriften   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) durch Berichte in Rundfunk oder Fernsehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) durch Selbsthilfegruppen                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) durch Angehörige/Bekannte                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) durch bestimmte Ärzte                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) durch andere Therapeuten oder Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) durch sonstige Experten                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) auf anderem Wege                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**149. Wie haben Sie von unserer umweltmedizinischen Ambulanz oder von der Studie erfahren?**  
Machen Sie bitte in jede Zeile ein Kreuz!

|   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) von einem niedergelassenen Arzt?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) von einem anderen Therapeuten/Heilpraktiker?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) von einer umweltmedizinischen Beratungsstelle/Ambulanz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) von einer Selbsthilfegruppe?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) von einem Verwandten/Bekannten?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) aus einer Zeitung/Zeitschrift?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) aus dem Rundfunk  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) aus dem Fernsehen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Sonstiges (bitte angeben): .....<br>.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**149a. Erfolgt die Kontaktaufnahme mit unserer Umweltmedizinischen Ambulanz**

- überwiegend auf eigenen Wunsch? .....  ja  nein
- überwiegend durch Veranlassung eines Arztes? .....  ja  nein
- überwiegend durch Veranlassung eines Heilpraktikers? .....  ja  nein
- durch Veranlassung anderer Personen? .....  ja  nein

**150. Wurden bei Ihnen bereits umweltmedizinische Untersuchungen oder Beratungen durchgeführt?**

- ja  nein  
Wenn ja, wo?  
 Universitätsinstitut / -klinik  
 Sonstige Klinik oder Privatklinik  
 Gesundheitsamt  
 Private Beratungsstelle / Umweltlabor  
 Niedergelassener Arzt  
 Heilpraktiker  
 Apotheker  
 Sonstige: ....

**150a. Waren Sie bereits als Patient ambulant oder stationär in einer der folgenden Einrichtungen? (Diese Einrichtungen sind an unserem Forschungsverbund beteiligt)**

|                |   |   |
|----------------|---|---|
| In Aachen ↪    | Umweltmedizinische Ambulanz am Institut für Hygiene und Umweltmedizin des Universitätsklinikums Aachen        | <input type="checkbox"/> ja ↪ wann? ..... |
| In Berlin ↪    | Umweltmedizinische Ambulanz der Charité und des Robert Koch-Instituts   | <input type="checkbox"/> ja ↪ wann? ..... |
| In Bredstedt ↪ | Fachkrankenhaus Nordfriesland   | <input type="checkbox"/> ja ↪ wann? ..... |
| In Freiburg ↪  | Ambulanz für Naturheilkunde und Umweltmedizin am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsklinikum | <input type="checkbox"/> ja ↪ wann? ..... |
| In Gießen ↪    | Hessisches Zentrum für Klinische Umweltmedizin, Institut für Hygiene u. Umwelt-medizin, Universität Gießen    | <input type="checkbox"/> ja ↪ wann? ..... |
| In München ↪   | Institut und Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin, Klinikum Innenstadt, Universität München              | <input type="checkbox"/> ja ↪ wann? ..... |

Falls noch weitere Personen/Einrichtungen konsultiert worden sind, notieren Sie diese bitte auf einem Extrablatt! Bitte die vorhandenen Untersuchungsergebnisse (Befunde) zum Sprechstundentermin unbedingt mitbringen oder vorab in Kopie zusenden.

**151. Haben Sie darüber hinaus weitere Ärzte oder Einrichtungen wegen umweltbezogener Beschwerden aufgesucht und wann war das?**  
(Gemeint sind zum Beispiel umweltmedizinische Untersuchungs- und Beratungsstellen, Arztpräsenz, Ambulanzen, Kliniken, Laboratorien etc.)

| Bereits konsultierte Fachleute oder Einrichtungen | Wann war das? |
|---|---------------|
| (1)   |               |
| (2)   |               |
| (3)   |               |
| (4)   |               |
| (5)   |               |
| (6)   |               |
| (7)   |               |
| (8)   |               |
| (9)   |               |
| (10)  |               |

**152. Wurden bei Ihnen bereits eine Wohnungsbegehung und ggf. Messungen im Wohnbereich durchgeführt?**

ja       nein

weiß nicht  
Bitte die vorhandenen Untersuchungsergebnisse (Befunde) zum Sprechstundentermin unbedingt mitbringen oder vorab in Kopie zuseinden.

**153. Wurde bei Ihnen bereits eine Schadstoffuntersuchung in Blut, Urin, Speichel oder Gewebe (sog. Biomonitoring) durchgeführt?**

ja       nein

weiß nicht  
Bitte die vorhandenen Untersuchungsergebnisse (Befunde) zum Sprechstundentermin unbedingt mitbringen oder vorab in Kopie zuseinden.

**154. Wurde bei Ihnen in den vergangenen 12 Monaten eine Allergiediagnostik durchgeführt?**

ja       nein

weiß nicht

- Wenn ja, handelte es sich um
- einen Hauttest?.....  ja       nein       weiß nicht
  - eine Blutuntersuchung? .....  ja       nein       weiß nicht
  - sonstiges? (bitte angeben): .....  
.....

weiß nicht  
Bitte die vorhandenen Untersuchungsergebnisse (Befunde) zum Sprechstundentermin unbedingt mitbringen oder vorab in Kopie zuseinden.

**155. Wurde bei Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer umweltbezogenen Erkrankung eine PET- oder SPECT-Untersuchung durchgeführt?**

ja       nein

weiß nicht

Nach Möglichkeit bitte die Aufnahmen und ärztlichen Befunde mitbringen.

**156. Wurde bei Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer umweltbezogenen Erkrankung eine Untersuchung von „Entgiftungsenzymen“ (z. B. Glutathiontransferasen) oder der zugehörigen Gene durchgeführt?**

ja       nein

weiß nicht

Nach Möglichkeit bitte die Aufnahmen und ärztlichen Befunde mitbringen.

**157. Möglicherweise haben Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden einmal eines oder mehrere der im Folgenden aufgelisteten Verfahren ausprobiert. Geben Sie bitte an, um welche es sich dabei handelt. Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

|      |   | ja                       | nein                     | weiß nicht               | Nutzen* |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| (1)  | Dimaval (DMPS)-Entgiftungstherapie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (2)  | Angewandte Kinesiologie (AK), Edu-Kinesiistik, Touch for Health   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (3)  | Ayurveda  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (4)  | Bach-Blütentherapie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (5)  | Bioresonanz, Multiresonanz, Mora- oder Multicomtherapie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (6)  | Colonhydrotherapie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (7)  | Eigenhamtherapie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (8)  | Elektroakupunktur nach Voll   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (9)  | Haarmineralanalyse  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (10) | Homöopathie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (11) | Homotoxikologie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (12) | Iriddiagnose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (13) | Kirlian-Fotografie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (14) | Klinische Ökologie (z. B. Rotationsdiät, Provokations-Neutralisationsverfahren bzw. Austestung nach Miller) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (15) | Umweltsauna   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (16) | Mikrobiologische Therapie (Symbioselenkung)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (17) | Nosoden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (18) | Orthomolekulare Medizin   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (19) | Pendeln   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (20) | Wünschelrute, Radiästhesie, Geopathie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (21) | Hellscher, Geisterheiler  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |

\*Bitte eintragen: + für „hat geholfen“; - für „hat nicht geholfen“; ? für „Nutzen unklar“

**158. Wurden sonstige, hier nicht genannte Untersuchungen durchgeführt?**

ja       nein

weiß nicht  
Wenn ja, welche? .....

.....

**159. Hat die Krankenkasse bisher bei Ihnen für umweltmedizinische Untersuchungen/ Behandlungen Kosten übernommen?**

- nein  
 ja, insgesamt ca.  Euro im Zeitraum von .....
- 160. Sind Ihnen persönlich für umweltmedizinische Untersuchungen und Behandlungen Kosten entstanden?**

- nein  
 ja, insgesamt ca.  Euro im Zeitraum von .....

**UMWELTINTERESSE, EINSCHÄTZUNG VON UMWELTRISIKEN**

**161. In Fernsehen, Rundfunk und Presse wird häufig über Umweltfragen und Umweltprobleme berichtet. Wie stark sind Sie an solchen Berichten interessiert?**

- sehr stark  
 weniger stark  
 überhaupt nicht

|   | A<br>Situation in Deutschland<br>Note: | B<br>Persönlicher Lebensraum<br>Note: |
|---|--|---------------------------------------|
| (1) Luftqualität<br>(Außenluft)         | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (2) Oberflächenwasser<br>(Flüsse, Seen) | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (3) Trinkwasser                         | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (4) Nahrungsmittel                      | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (5) Boden                               | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (6) Pflanzen und Bäume                  | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (7) Tierwelt<br>(Artenvielfalt)         | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (8) Landschaft                          | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (9) Stadtbild                           | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |
| (10) Naherholungsräume                  | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                  |

**162. Mit der folgenden Liste bitten wir Sie, bestimmte Situationen unserer Umwelt mit Note 1 = "sehr gut" bis Note 5 = "sehr schlecht" zu beurteilen.**

- Bitte geben Sie jeweils zwei Noten, und zwar
- unter A: Ihre Note für die Situation in Deutschland insgesamt
  - unter B: Ihre Note für Ihren persönlichen Lebensraum (lokale Umwelt)

163. Auf der folgenden Liste finden Sie eine Reihe von Sachverhalten und Verhaltensweisen, die die Gesundheit schädigen können. Für wie groß schätzen Sie jeweils die gesundheitliche Gefahr für die Bevölkerung ein?

|  | groß                     | mittel                   | gering                   | keine Gefahr             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A Rauchen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B Alkohol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C Drogen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D Arzneimittel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E Chemische Rückstände in Lebensmitteln                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F Luftverschmutzung außer Haus                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G Luftverschmutzung im Haus                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H Wasserverschmutzung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J Lärmbelästigung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K Falsche, einseitige Ernährung                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L Bewegungsmangel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M Belastung, "Stress" in Arbeit und Beruf                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N Belastung, "Stress" in Familie und Haushalt                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O Atomkraft, radioaktive Stoffe, Strahlen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P Straßenverkehr   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q AIDS, HIV-Infektion  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R "Altlasten", Rückstände von Industrien (z. B. im Boden)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S Unfälle durch die Produktion oder die Lagerung von Chemikalien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T Transport gefährlicher Güter                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| U Ozonloch   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V Asbest   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zum Abschluss möchten wir gern Ihre Meinung zu diesem Fragebogen erfahren:

Sind Sie mit dem Bogen, was die Verständlichkeit angeht,

- gut zurecht gekommen?
- einigermaßen zurecht gekommen?
- nur schwer zurecht gekommen?

Wie schätzen Sie den Zeitaufwand ein, der zum Ausfüllen des Bogens benötigt wird?

- angemessen
- gerade noch akzeptabel
- unangemessen hoch

Sind alle wesentlichen Aspekte erfasst?

- ja
- nein → Was fehlt? .....

Welche Themen sind zu ausführlich behandelt? Bitte Themen oder Fragennummern angeben.

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Haben Sie sonstige Änderungsvorschläge?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Vielen Dank!**



**Fragebogen zur Gesundheit  
für umweltmedizinische Patientinnen und Patienten  
(GesFB)**

korrigierter Nachdruck der  
Version 2000



# Fragebogen zur Gesundheit für umweltmedizinische Patientinnen und Patienten

**Umweltmedizinischer Forschungsverbund:**  
Robert Koch Institut, Berlin (Studienzentrum)  
Universitätsklinikum der RWTH Aachen  
Universitätsklinikum Charité der Humboldt-Universität zu Berlin  
Fachkrankenhaus Nordfriesland, Bredstedt  
Universitätsklinikum Giessen  
Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg  
Medizinische Universität zu Lübeck  
Ludwig-Maximilians-Universität München

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Sie haben sich an unsere umweltmedizinische Beratungsstelle mit der Bitte um Abklärung einer umweltbezogenen Gesundheitsstörung gewandt. Solche Gesundheitsstörungen werden häufig als sehr beeinträchtigend erlebt und können sich auf das körperliche und psychische Befinden der betroffenen Personen auswirken.

Für die im Rahmen der Diagnostik Ihrer Beschwerden erforderlichen Untersuchungen möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Es geht dabei um Ihre persönliche Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes und Ihres Wohlbefindens.

Bitte beantworten Sie jede Frage, auch wenn manche Fragen ähnlich formuliert sind. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, wichtig ist für uns Ihre persönliche Sichtweise.

Im Voraus vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nach Beantwortung der Fragen noch einmal auf Vollständigkeit.



Patienten-ID



Kennziffer der UMA

## IHRE STIMMUNG JETZT

Beschreiben Sie anhand der folgenden Begriffe, wie Sie sich **augenblicklich** fühlen. Entscheiden Sie bei jedem Begriff, in welchem Ausmaß er Ihrem **augenblicklichen** Befinden entspricht. Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die für Sie zutrifft.

|  | gar nicht | sehr schwach | schwach | etwas | ziemlich | stark | sehr stark |
|--|-----------|--------------|---------|-------|----------|-------|------------|
| 1. Gefühl der inneren Erregtheit<br>(z.B. erregt, aufgereggt)                      | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 2. Gefühl der Energienlosigkeit<br>(z.B. energielos, lahm)                         | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 3. Gefühl der Ängstlichkeit<br>(z.B. ängstlich, angstfüllt)                        | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 4. Gefühl der Aggressivität<br>(z.B. aggressiv, angriffslustig)                    | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 5. Gefühl der Aktivität<br>(z.B. aktiv, tatkräftig)                                | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 6. Gefühl der Freude<br>(z.B. freudig, fröhlich)                                   | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 7. Gefühl des inneren Ruhigseins<br>(z.B. innerlich ruhig, innerlich ausgeglichen) | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 8. Gefühl der Missstimmung<br>(z.B. missgestimmt, missgelaunt)                     | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 9. Gefühl der Wachheit<br>(z.B. wachsam, aufmerksam)                               | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 10. Gefühl der Mutlosigkeit<br>(z.B. mutlos, pessimistisch)                        | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 11. Gefühl der Selbstsicherheit<br>(z.B. selbstsicher, selbstzufrieden)            | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |

|  | gar nicht | sehr schwach | schwach | etwas | ziemlich | stark | sehr stark |
|--|-----------|--------------|---------|-------|----------|-------|------------|
| 12. Gefühl der inneren Spannung<br>(z.B. innerlich gespannt, innerlich angespannt) | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 13. Gefühl der Zuversicht<br>(z.B. zuversichtlich, optimistisch)                   | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 14. Gefühl des Ärgers<br>(z.B. ärgerlich, gereizt)                                 | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 15. Gefühl der Müdigkeit<br>(z.B. müde, schlafbrig)                                | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 16. Gefühl der gehobenen Stimmung<br>(z.B. gutgelaunt, heiter)                     | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 17. Gefühl der Besorgtheit<br>(z.B. besorgt, beunruhigt)                           | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 18. Gefühl der Übellaunigkeit<br>(z.B. übellaunig, schlecht gelaunt)               | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 19. Gefühl der inneren Entspannung<br>(z.B. entspannt, gelöst)                     | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 20. Gefühl der Traurigkeit<br>(z.B. traurig, betrübt)                              | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |
| 21. Gefühl des körperlichen Unwohlseins<br>(z.B. körperlich unwohl, übel)          | 0         | 1            | 2       | 3     | 4        | 5     | 6          |

## Ihre Gesundheit

In diesem Fragebogen geht es um die Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zureckkommen. Bitte beantworten Sie jede der (unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Feld ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft.

### 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet .....
- Sehr gut .....
- Gut .....
- Weniger gut .....
- Schlecht .....

### 2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- Derzeit viel besser .....
- Derzeit etwas besser .....
- Etwa wie vor einem Jahr .....
- Derzeit etwas schlechter .....
- Derzeit viel schlechter .....

3. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?*

|   | Ja, stark eingeschränkt  | Ja, etwas eingeschränkt  | Nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 3.a <b>anstrengende Tätigkeiten</b> , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.b <b>mittelschwere Tätigkeiten</b> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.c Einkaufstaschen heben oder tragen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.d <b>mehrere</b> Treppenabsätze steigen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.e <b>einen</b> Treppenabsatz steigen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.f sich beugen, knien, bücken  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.g <b>mehr als einen Kilometer</b> zu Fuß gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.h <b>mehrere</b> Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.i <b>eine</b> Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3.j sich baden oder anziehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

4. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen *aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

|   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4.a Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.b Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.c Ich konnte <b>nur bestimmte Dinge</b> tun.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.d Ich hatte <b>Schwierigkeiten</b> bei der Ausführung.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen **aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen fühlten)?

Ja                    Nein

- 5.a Ich konnte nicht so **lange** wie üblich tätig sein .....
- 5.b Ich habe **weniger geschafft** als ich wollte .....
- 5.c Ich konnte nicht so **sorgfältig** wie üblich arbeiten .....

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme *in den vergangenen vier Wochen* Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

- Überhaupt nicht .....
- Etwas .....
- Mäßig .....
- Ziemlich .....
- Sehr .....

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen *in den vergangenen vier Wochen*?

- Keine Schmerzen .....
- Sehr leicht .....
- Leicht .....
- Mäßig .....
- Stark .....
- Sehr stark .....

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie *in den vergangenen vier Wochen* bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeit zu Hause und im Beruf behindert?

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Überhaupt nicht ..... | <input type="checkbox"/> |
| Ein bißchen .....     | <input type="checkbox"/> |
| Mäßig .....           | <input type="checkbox"/> |
| Ziemlich .....        | <input type="checkbox"/> |
| Sehr .....            | <input type="checkbox"/> |

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es *Ihnen in den vergangenen vier Wochen* gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen...

|   | immer                    | meistens                 | ziemlich oft             | manchmal                 | selten                   | nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.a ...voller Schwung?.....   | <input type="checkbox"/> |
| 9.b ...sehr nervös?.....  | <input type="checkbox"/> |
| 9.c ...so niedergeschlagen,<br>dass Sie nichts<br>aufheitern konnte?..... | <input type="checkbox"/> |
| 9.d ...ruhig und gelassen?....  | <input type="checkbox"/> |
| 9.e ...voller Energie?.....   | <input type="checkbox"/> |
| 9.f ...entmutigt und traurig?..   | <input type="checkbox"/> |
| 9.g ...erschöpft?.....  | <input type="checkbox"/> |
| 9.h ...glücklich?.....  | <input type="checkbox"/> |
| 9.i ...müde?.....   | <input type="checkbox"/> |

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme *in den vergangenen vier Wochen* Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

- Immer .....
- Meistens .....
- Manchmal .....
- Selten .....
- Nie .....

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

|   | trifft<br>ganz<br>zu     | trifft<br>weitgehend<br>zu | weiß<br>nicht            | trifft<br>weitgehend<br>nicht zu | trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 11.a Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        |
| 11.b Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        |
| 11.c Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        |
| 11.d Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        |

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

**Bitte beantworten Sie jede Frage!**

**Beispiel:**

Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an.

*Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.*

**Stärke Ihrer Zustimmung:**

|                 |           |          |       |            |
|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|-----------------|-----------|----------|-------|------------|

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | X |
|---|---|---|---|---|

|   | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 1. Kopfschmerzen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 2. Nervosität oder innerem Zittern  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 7. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind                                     | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 9. Gedächtnisschwierigkeiten  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgerbar zu sein  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 12. Herz- und Brustschmerzen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 14. Energilosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 17. Zittern   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?**

|   | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 19. schlechtem Appetit  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 20. der Neigung zum Weinen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden                        | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund                                      | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren                   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen                      | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge                                    | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 27. Kreuzschmerzen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen                 | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 29. Einsamkeitsgefühlen   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 30. Schwermut   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen                       | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren                            | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 33. Furchtsamkeit   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen        | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind      | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?**

|   | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können                                   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist                     | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 39. Herzklopfen oder Herzjagen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 40. Übelkeit oder Magenverstimmung  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 44. Einschlafschwierigkeiten  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 48. Schwierigkeiten beim Atmen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 49. Hitzewallungen und Kälteschauern  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 51. Leere im Kopf   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?**

|   | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 55. Konzentrationsschwierigkeiten   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen                                    | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 57. dem Gefühl, gespannt oder aufgereggt zu sein                                | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen                                  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 59. Gedanken an den Tod und ans Sterben   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 60. dem Drang, sich zu überessen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind                    | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 64. frühem Erwachen am Morgen   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit, wie Berühren, Zählen, Waschen | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 66. unruhigem oder gestörtem Schlaf   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern                        | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen                  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen                                  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino            | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist                               | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 72. Schreck- und Panikanfällen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?**

|   | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit                         | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Aus-einandersetzungen zu geraten | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden                                    | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistung durch andere                              | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind                       | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können                     | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 79. dem Gefühl, wertlos zu sein   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird                           | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen                 | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen                         | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden           | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind                   | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten                  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen                                  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist        | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können    | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 89. Schuldgefühlen  | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 90. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist          | 0               | 1         | 2        | 3     | 4          |

## IHRE BESCHWERDEN

### Fragebogen zu beschwerdeauslösenden Stoffen

Im Folgenden finden Sie eine Liste von verschiedenen Stoffen, die in der Umwelt vorkommen. Bitte geben Sie für jeden der aufgeführten Stoffe an, wie stark dieser bei Ihnen körperliche und / oder seelische Beschwerden auslöst, wenn Sie mit dem Stoff in Kontakt kommen. Die Intensität des Stoffes, der Beschwerden auslöst, soll so gering sein, dass der Stoff in der entsprechenden Intensität von anderen Personen ohne Beschwerden ertragen wird.  
Kreuzen Sie bitte jeweils die entsprechende Zahl an.

| Wie sehr machen Ihnen die folgenden Stoffe<br>Beschwerden, wenn sie in so geringer Intensität<br>vorliegen, dass sie bei anderen Personen keine<br>Beschwerden auslösen? | keine<br>Beschwerden | sehr leichte<br>Beschwerden | leichte<br>Beschwerden | ziemliche<br>Beschwerden | starke<br>Beschwerden | sehr starke<br>Beschwerden |
|--|----------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Benzingeruch  | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 2. Nagellack   | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 3. Duft von frischem Kaffee  | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 4. coffeinhaltige Getränke   | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 5. Parfum  | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 6. frische Druckerzeugnisse<br>(Zeitungen, Prospekte) bzw. Druckerschwärze   | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 7. Hausstaub oder Hausstaubmilben  | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 8. Schmerzmittel   | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 9. Duft frischer Erdbeeren   | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 10. Haarspray  | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 11. Autoabgase   | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 12. Meeresluft   | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 13. frische Farben oder Lacke  | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |
| 14. Weichmacher  | 0                    | 1                           | 2                      | 3                        | 4                     | 5                          |

|   | <b>keine<br/>Beschwerden</b> | <b>sehr leichte<br/>Beschwerden</b> | <b>leichte<br/>Beschwerden</b> | <b>ziemliche<br/>Beschwerden</b> | <b>starke<br/>Beschwerden</b> | <b>sehr starke<br/>Beschwerden</b> |
|---|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Wie sehr machen Ihnen die folgenden Stoffe Beschwerden, wenn sie in so geringer Intensität vorliegen, dass sie bei anderen Personen keine Beschwerden auslösen? |                              |                                     |                                |                                  |                               |                                    |
| 15. Tierhaare   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 16. Möbelpolitur  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 17. Insektenvernichtungsmittel (Insektizide)  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 18. Mineralwasser aus Glasflaschen  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 19. Teergeruch  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 20. chemisch gereinigte Kleider   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 21. natürliche Parfumstoffe (z.B. Rosenduft)  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 22. Nagellackentferner  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 23. Schimmelpilze   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 24. Teppichböden  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 25. Textmarker  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 26. Tabakrauch  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 27. Winterlandschaft  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 28. Alkohol   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 29. Nüsse   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 30. unbekannte Stoffe   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 31. neue Möbel  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 32. Mottenkugeln  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 33. Bergluft oberhalb 1500 Meter  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 34. Innenraum neuer Autos   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 35. Deodorant   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 36. Lösungsmittel und/oder Klebstoffe   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |

|   | <b>Keine<br/>Beschwerden</b> | <b>sehr leichte<br/>Beschwerden</b> | <b>leichte<br/>Beschwerden</b> | <b>ziemliche<br/>Beschwerden</b> | <b>starke<br/>Beschwerden</b> | <b>sehr starke<br/>Beschwerden</b> |
|---|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Wie sehr machen Ihnen die folgenden Stoffe Beschwerden, wenn sie in so geringer Intensität vorliegen, dass sie bei anderen Personen keine Beschwerden auslösen? |                              |                                     |                                |                                  |                               |                                    |
| 37. Pollen  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 38. Raumerfrischer  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 39. Duft einer Vanilleschote  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 40. Unkrautvernichtungsmittel (Herbizide, Pestizide)  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 41. Reinigungsmittel  | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |
| 42. Chlor im Wasser   | 0                            | 1                                   | 2                              | 3                                | 4                             | 5                                  |

## Fragebogen zu Beschwerden und Symptomen

Im Folgenden finden Sie eine Reihe körperlicher und seelischer Beschwerden, die auftreten können, wenn man mit verschiedenen Stoffen der Umwelt in Kontakt kommt. Dabei kann es sich sowohl um Stoffe chemischen bzw. industriellen Ursprungs als auch um natürliche Stoffe handeln. Wichtig ist, dass der beschwerdeauslösende Stoff bei Ihnen schon in so geringer Konzentration Beschwerden auslöst, obwohl er von den meisten anderen Menschen hierbei ohne Beschwerden ertragen wird.

Welche Beschwerden lösen diese Stoffe bei Ihnen aus?

Bitte kreuzen Sie jeweils die entsprechende Zahl an.

| Bei mir bewirken bestimmte Stoffe der Umwelt schon in einer Konzentration, die von den meisten anderen Personen ohne Beschwerden ertragen wird, ... | gar nicht | kaum | möglichweise | wahrscheinlich | sehr wahrscheinlich |
|---|-----------|------|--------------|----------------|---------------------|
| 1. Gelenk- und Muskelschmerzen  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 2. Übelkeit   | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 3. Kloßgefühl im Hals   | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 4. Blähungen  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 5. Abgestumpftheit  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 6. Kopfschmerzen  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 7. Niedergeschlagenheit / Depression  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 8. vermehrte Speichelbildung  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 9. Herzrasen  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 10. Stimmungsschwankungen   | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 11. keuchenden Atem   | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 12. Ohrgeräusche  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 13. Infektionen   | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 14. Lust auf bestimmte Nahrungs- oder Genussmittel  | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |
| 15. Nervosität / Angespanntheit   | 0         | 1    | 2            | 3              | 4                   |

|   | gar nicht | kaum | möglich/erweise | wahrscheinlich | sehr wahrscheinlich |
|---|-----------|------|-----------------|----------------|---------------------|
| Bei mir bewirken bestimmte Stoffe der Umwelt schon in einer Konzentration, die von den meisten anderen Personen ohne Beschwerden ertragen wird, ... |           |      |                 |                |                     |
| 16. Druck im Oberbauch  | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 17. Ärger   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 18. gestörte Farbwahrnehmung  | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 19. Ablenkbarkeit   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 20. Riechstörungen  | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 21. Energielosigkeit  | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 22. Brustschmerzen  | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 23. trockene Nase   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 24. Gedächtnisstörungen   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 25. Erkrankungen der Bronchien  | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 26. Nasenbluten   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 27. Halsschmerzen   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 28. Schwindelgefühl   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 29. Konzentrationsstörungen   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 30. Benommenheit  | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 31. Schlafstörungen   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 32. Durchfall   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 33. Gefühl, dass die Umgebung fremd und unwirklich erscheint  | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 34. Augenbeschwerden (z.B. Jucken, Brennen)   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 35. Angst   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |
| 36. Schnupfen, Nasenschleimhautentzündung   | 0         | 1    | 2               | 3              | 4                   |

|   | gar nicht | kaum | möglicherweise | wahrscheinlich | sehr wahrscheinlich |
|---|-----------|------|----------------|----------------|---------------------|
| Bei mir bewirken bestimmte Stoffe der Umwelt schon in einer Konzentration, die von den meisten anderen Personen ohne Beschwerden ertragen wird, ... |           |      |                |                |                     |
| 37. Reizbarkeit   | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 38. Sehstörungen  | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 39. unregelmäßigen Puls   | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 40. Magenschmerzen  | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 41. gestörte Zeitwahrnehmung  | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 42. Aggressivität   | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 43. Wortfindungsstörungen   | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 44. Kurzatmigkeit   | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 45. Verstopfung   | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 46. Müdigkeit   | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 47. Magen- und Darmbeschwerden  | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |
| 48. trockenen Hals  | 0         | 1    | 2              | 3              | 4                   |

Bitte füllen Sie diese Beschwerdeliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts, entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung!  
Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

| <b>Ich leide unter folgenden Beschwerden:</b>  | <b>stark</b> | <b>mäßig</b> | <b>kaum</b> | <b>gar nicht</b> |
|--|--------------|--------------|-------------|------------------|
| 1. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals   |              |              |             |                  |
| 2. Kurzatmigkeit                               |              |              |             |                  |
| 3. Schwächegefühl                              |              |              |             |                  |
| 4. Schluckbeschwerden                          |              |              |             |                  |
| 5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust  |              |              |             |                  |
| 6. Druck- oder Völlegefühl im Leib             |              |              |             |                  |
| 7. Mattigkeit                                  |              |              |             |                  |
| 8. Übelkeit                                    |              |              |             |                  |
| 9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen            |              |              |             |                  |
| 10. Reizbarkeit                                |              |              |             |                  |
| 11. Grübelei                                   |              |              |             |                  |
| 12. Starkes Schwitzen                          |              |              |             |                  |
| 13. Kreuz- oder Rückenschmerzen                |              |              |             |                  |
| 14. Innere Unruhe                              |              |              |             |                  |
| 15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen |              |              |             |                  |
| 16. Unruhe in den Beinen                       |              |              |             |                  |
| 17. Überempfindlichkeit gegen Wärme            |              |              |             |                  |
| 18. Überempfindlichkeit gegen Kälte            |              |              |             |                  |
| 19. Übermäßiges Schlafbedürfnis                |              |              |             |                  |
| 20. Schlaflosigkeit                            |              |              |             |                  |
| 21. Schwindelgefühl                            |              |              |             |                  |
| 22. Zittern                                    |              |              |             |                  |
| 23. Nacken- oder Schulterschmerzen             |              |              |             |                  |
| 24. Gewichtsabnahme                            |              |              |             |                  |

## IHRE SORGEN UM IHRE GESUNDHEIT

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und kreuzen Sie bitte an, ob diese auf Sie zutrifft (=Ja) oder nicht (=Nein).

1. Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?.....  Ja  Nein
2. Werden Sie durch viele Schmerzen gequält?.....  Ja  Nein
3. Finden Sie, dass Sie sich oft der verschiedenen Vorgänge, die in Ihrem Körper ablaufen, bewusst werden?.....  Ja  Nein
4. Machen Sie sich häufig wegen Ihrer Gesundheit Sorgen?.....  Ja  Nein
5. Haben Sie oft die Symptome einer sehr ernsten Krankheit?.....  Ja  Nein
6. Wenn Sie auf eine Krankheit aufmerksam werden (z.B. durch Radio, Fernsehen, Zeitung oder jemanden, den Sie kennen), haben Sie dann Angst, diese Krankheit selbst zu bekommen?.....  Ja  Nein
7. Wenn Sie sich krank fühlen und irgendjemand Ihnen gegenüber äußert, dass Sie besser aussehen – ärgern Sie sich dann?.....  Ja  Nein
8. Finden Sie, dass Sie durch viele verschiedene Symptome belastet werden?  Ja  Nein
9. Ist es für Sie leicht, sich selbst zu vergessen und an alle möglichen anderen Dinge zu denken?.....  Ja  Nein
10. Ist es schwierig für Sie, dem Arzt zu glauben, wenn er Ihnen mitteilt, dass es nichts gibt, worüber Sie sich Sorgen machen müssten?.....  Ja  Nein
11. Haben Sie das Gefühl, dass andere Menschen Ihre Krankheit nicht ernst genug nehmen?.....  Ja  Nein
12. Finden Sie, dass Sie sich wegen Ihrer Gesundheit mehr Sorgen machen als die meisten anderen?.....  Ja  Nein
13. Glauben Sie, dass irgendetwas mit Ihrem Körper ernsthaft nicht in Ordnung ist?.....  Ja  Nein
14. Fürchten Sie sich vor Krankheit?.....  Ja  Nein

Bitte kreuzen Sie auch im Folgenden die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Sehr stark .....    | <input type="checkbox"/> |
| Stark .....         | <input type="checkbox"/> |
| Mittelmäßig .....   | <input type="checkbox"/> |
| Weniger stark ..... | <input type="checkbox"/> |
| Gar nicht .....     | <input type="checkbox"/> |

2. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.

Welche der folgenden Risikofaktoren liegen bei Ihnen vor?

|  | JA                       | NEIN                     | Weiß nicht               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rauchen .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu wenig Bewegung .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu viel Stress und Hektik .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Öfter einmal zuviel Alkohol .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu viele Medikamente, die nicht wirklich nötig wären<br>(Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu hohes Cholesterin .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zucker .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu hoher Blutdruck .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Im Folgenden geht es darum, genauer zu erfahren, wie Sie in der vergangenen Woche mit Ihrer Erkrankung umgegangen sind, was Sie im Zusammenhang damit gedacht, gefühlt und getan haben, und inwieweit Ihnen dies geholfen hat, um mit Ihrer Situation fertig zu werden.

Bitte kreuzen Sie für jeden der folgenden Begriffe an, wie stark er für Ihre Situation der vergangenen 7 Tage zutrifft.

|   | <b>gar nicht</b> | <b>wenig</b> | <b>mittelmäßig</b> | <b>ziemlich</b> | <b>sehr stark</b> |
|---|------------------|--------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| 1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen      | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 2. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 3. Einen Plan machen und danach handeln                     | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 4. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren              | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 5. Sich mehr gönnen   | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 6. Sich vornehmen, intensiver zu leben                      | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 7. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen               | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 8. Sich selbst bemitleiden                                  | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 9. Sich selbst Mut machen                                   | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 10. Erfolge und Selbstbestätigung suchen                    | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 11. Sich abzulenken versuchen                               | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 12. Abstand zu gewinnen versuchen                           | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 13. Ins Grübeln kommen                                      | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 14. Mit dem Schicksal hadern                                | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |
| 15. Sich von anderen Menschen zurückziehen                  | 1                | 2            | 3                  | 4               | 5                 |

## Ihr Erleben Ihrer Krankheit

Bitte geben Sie hier an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Ihre umweltbezogene Erkrankung zutreffen. Wir sind an Ihrer persönlichen Sicht der Krankheit interessiert (die auch vom Urteil des Arztes abweichen kann).

|  | überhaupt<br>nicht | kaum | ziemlich<br>zutreffend | stark | sehr stark |
|--|--------------------|------|------------------------|-------|------------|
| 1. Ernährung ist eine wichtige Ursache meiner Krankheit.   | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 2. Viren oder Bakterien verursachen meine Krankheit.   | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 3. Es war einfach Zufall, dass ich krank geworden bin.   | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 4. Meine Krankheit hat sehr stark die Weise beeinträchtigt, wie andere mich sehen.                   | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 5. Meine Krankheit hat keinen großen Einfluss auf mein Leben gehabt.                                 | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 6. Meine Krankheit hat ernsthafte ökonomische und finanzielle Folgen gehabt.                         | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 7. Umweltverschmutzung verursacht meine Krankheit.   | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 8. Mein seelischer Zustand war für die Verursachung meiner Krankheit von großer Bedeutung.           | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 9. Meine Krankheit ist vererbt – es liegt in der Familie.  | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 10. Eine Allergie verursacht meine Krankheit.  | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 11. Meine Krankheit hat mein Aussehen erheblich beeinträchtigt.                                      | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 12. Es gibt eine Menge, was ich tun kann, um meine Krankheit zu lindern.                             | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 13. Andere Personen spielen eine wichtige Rolle in der Verursachung meiner Krankheit.                | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 14. Meine Krankheit hat erhebliche Folgen auf mein Leben gehabt.                                     | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 15. Meine Krankheit wurde durch ungenügende medizinische Versorgung in der Vergangenheit verursacht. | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 16. Meine Krankheit wird für lange Zeit anhalten.  | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |
| 17. Meine Krankheit ist vor allem durch mein Verhalten entstanden.                                   | 1                  | 2    | 3                      | 4     | 5          |

|   | <b>überhaupt nicht</b> | <b>kaum</b> | <b>ziemlich zutreffend</b> | <b>stark</b> | <b>sehr stark</b> |
|---|------------------------|-------------|----------------------------|--------------|-------------------|
| 18. Meine Krankheit hat sehr stark die Weise beeinträchtigt, wie ich mich selbst sehe.          | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 19. Meine Krankheit wird mit der Zeit besser werden.  | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 20. Durch das, was ich tue, kann ich bestimmen, ob meine Krankheit besser oder schlechter wird. | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 21. Es gibt wenig, was ich tun kann, um meine Krankheit zu lindern.                             | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 22. Meine Krankheit wird kurze Zeit dauern.   | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 23. Die Behandlung wird meine Krankheit erfolgreich heilen.                                     | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 24. Die Genesung von meiner Krankheit ist sehr stark von Zufall oder Schicksal abhängig.        | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 25. Mir fällt es leichter, mit meiner Krankheit zu leben.                                       | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 26. Meine Krankheit ist eher dauerhaft als vorübergehend.                                       | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 27. Stress ist ein Hauptfaktor, der die Krankheit verursachte.                                  | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |
| 28. Meine Krankheit ist ein ernstes Leiden.   | 1                      | 2           | 3                          | 4            | 5                 |

Im Folgenden finden Sie fünf Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den fünf möglichen Antworten eine aus und kreuzen Sie diese Antworten bitte an. Es gibt auch hier keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie nicht zu lange.

|  |                                       |                                       |                                   |                                      |                                    |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Wenn jemand hustet, muss ich auch gleich husten .....                                 | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 2. Rauch, Smog oder schlechte Luft kann ich nicht ertragen .....                         | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 3. Ich bemerke oft verschiedene Dinge, die in meinem Körper passieren .....              | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 4. Plötzliche laute Geräusche stören mich sehr .....                                     | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 5. Wenn ich mich irgendwo stoße, merke ich es noch lange Zeit hinterher .....            | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 6. Manchmal kann ich meinen Puls oder meinen Herzschlag in meinem Ohr pochen hören ..... | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 7. Ich hasse es, wenn es mir zu heiß oder zu kalt ist .....                              | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 8. Ich spüre schnell, wenn sich mein Magen vor Hunger zusammenzieht .....                | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 9. Selbst Kleinigkeiten, wie ein Insektenstich oder ein Splitter, stören mich sehr ..... | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |
| 10. Ich bin ziemlich schmerzempfindlich .....  | Gar nicht<br><input type="checkbox"/> | Ein wenig<br><input type="checkbox"/> | Mäßig<br><input type="checkbox"/> | Ziemlich<br><input type="checkbox"/> | Extrem<br><input type="checkbox"/> |

## Ihre Einstellung zur Umwelt

Sie finden hier eine Reihe von Feststellungen, in denen verschiedene Einstellungen zur Umwelt beschrieben werden. Lesen Sie bitte jeden Satz durch und überprüfen Sie, ob diese Aussage für Sie zutrifft. Sie haben die Möglichkeit, zwischen vier Abstufungen auszuwählen:

1. trifft nicht zu      2. trifft kaum zu      3. trifft eher zu      4. trifft genau zu

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Kreuzen Sie bitte die Antwortstufe an, die Ihrer Meinung am ehesten für Sie zutrifft.

|  | trifft nicht zu            | trifft kaum zu             | trifft eher zu             | trifft genau zu            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Mich regt es auf, wenn ich an all die Schadstoffe um mich herum denke.  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Ich denke oft darüber nach, dass ich Schadstoffe in meinem Körper aufnehme.   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Ich mache mir Sorgen, dass Umweltgifte meine geistigen Fähigkeiten beeinträchtigen.   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Ich frage mich, ob in meiner Wohnung oder in meinem Haus Asbest oder andere gesundheitsgefährdende Stoffe verwendet werden. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Es macht mir Angst, wenn ich daran denke, wie überall Giftmüll gelagert wird.   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6. Ich befürchte, dass es in absehbarer Zeit zu einem schweren Atomreaktorunfall kommen könnte.                                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7. Ein schlechtes Gedächtnis könnte auch von zu viel Chemikalien in unserer Umwelt herrühren.                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Die meisten Chemikalien führen bei längerer Berührung mit dem Organismus zu schweren Erkrankungen.                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9. Menschen, die viel mit Chemikalien zu tun haben, sind einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt.                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 10. Wenn ich daran denke, wie belastet unsere Nahrung ist, verliere ich den Appetit.   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11. Ich fürchte, mein Organismus ist bereits durch gefährliche Umweltstoffe geschädigt.  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

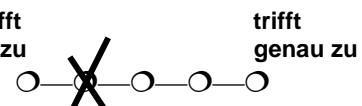
|   | trifft nicht zu            | trifft kaum zu             | trifft eher zu             | trifft genau zu            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 12. Wenn ich verreise, überlege ich mir vorher, wo ich am wenigsten den Schadstoffen im Wasser oder in der Luft ausgesetzt bin. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 13. Je mehr Information ich über die Umweltbelastungen bekomme, desto unsicherer fühle ich mich.                                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 14. Unsere Nachkommen werden für die Folgen der Umweltbelastungen büßen müssen.   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 15. Ich habe Angst vor der Zukunft, wenn ich an unsere Umwelt denke.  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 16. Die Menschen haben die Kontrolle über die Auswirkungen der Technik auf die Umwelt verloren.                                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

## Ihr soziales Umfeld

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz ganz links („trifft nicht zu“) würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie gar nicht zutrifft.

Wir geben Ihnen dazu ein Beispiel:

*Ich habe Freunde / Angehörige, die es gut finden, wie ich lebe.* 

Das Ankreuzen an dieser Stelle heißt, dass diese Feststellung eher nicht zutrifft.

Bitte entscheiden Sie sich bei jeder Aussage für eine der fünf Einschätzungen und zwar mit einem Kreuz durch eine der fünf Nullen. Scheuen Sie sich nicht, auch extreme Werte anzukreuzen, wenn dies für Sie zutrifft. Es gibt dabei keine – wie zu Beginn schon erwähnt - „richtigen“ oder „falschen“ Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an. Am besten kreuzen Sie ohne lange zu überlegen, an der Stelle an, die Ihrer ersten Einschätzung entspricht. Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle Aussagen beantworten.

Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von „Menschen“ oder „Freunden / Angehörigen“ die Rede ist, dann sind **die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind**.

- | trifft<br>nicht zu  | trifft<br>genau zu  |
|---|---|
| 1. Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin ..... | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 2. Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin .....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 3. Meinen Freunden / Angehörigen ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren .....               | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 4. Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung .....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 5. Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann .....                  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 6. Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen .....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 7. Ich habe Freunde / Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte .....           | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

|   | trifft<br>nicht zu  | trifft<br>genau zu  |
|---|---|---|
| 8. Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe .....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 9. Ich habe Freunde / Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen .....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 10. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen ..... | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 11. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann .....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 12. Ich fühle mich oft als Außenseiter .....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen .....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 14. Bei manchen Freunden / Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein .....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 15. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle .....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 16. Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß .....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 17. Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache .....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 18. Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe .....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 19. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe .....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 20. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle .....                             | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 21. Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tips (z.B. guter Arzt, wichtige Informationen) .....               | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 22. Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird .....                                      | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

## Belastungsfaktoren in Ihrem Leben

Sie finden hier eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten. Sie können jede entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantworten. Setzen Sie ein Kreuz (X) in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt auch hier keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft. Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, dass Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
- Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort an, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. **Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an**, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

|  | stimmt<br>nicht       | stimmt                |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere ...                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ich bin oft nervös, weil zu viel auf mich einströmt .....                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Meine Familie und meine Bekannten können mich im Grunde kaum richtig verstehen .....      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ich fühle mich oft wie ein Pulverfass kurz vor der Explosion .....                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Termindruck und Hektik lösen bei mir körperliche Beschwerden aus .....                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ich mache mir oft Sorgen um meine Gesundheit .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ich bin häufiger angespannt, matt und erschöpft .....                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Manchmal habe ich ohne eigentlichen Grund ein Gefühl unbestimmter Gefahr oder Angst ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Es gibt Zeiten, in denen ich ganz traurig und niedergedrückt bin .....                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ich träume tagsüber von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden können                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Ich grüble viel über mein bisheriges Leben nach .....                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf .....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Meine Laune wechselt ziemlich oft .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Ich habe häufig das Gefühl, im Stress zu sein .....                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hier geht es um Einstellungen und Gefühle.

Bitte wählen Sie aus den folgenden vier Abstufungen diejenige Antwortmöglichkeit aus, die am besten auf Sie zutrifft: stimmt nicht, stimmt kaum, stimmt eher oder stimmt genau.

|  | Stimmt nicht | Stimmt kaum | Stimmt eher | Stimmt genau |
|--|--------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.                    |              |             |             |              |
| 2. Ich erwarte fast nie, dass die Dinge nach meinem Sinn verlaufen.                                      |              |             |             |              |
| 3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.                    |              |             |             |              |
| 4. Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft.   |              |             |             |              |
| 5. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.                              |              |             |             |              |
| 6. Die Dinge entwickeln sich nie so, wie ich es mir wünsche.   |              |             |             |              |
| 7. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zureckkommen werde.                |              |             |             |              |
| 8. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann. |              |             |             |              |
| 9. Ich sehe stets die guten Seiten der Dinge.  |              |             |             |              |

## IHRE ZUFRIEDENHEIT

Wir möchten Ihnen nun noch ein paar Fragen zu Ihrer **augenblicklichen** Lebenszufriedenheit stellen. Bitte kreuzen Sie für jeden der folgenden Bereiche die Zahl an, die Ihrer Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit damit entspricht.

- 1 = sehr unzufrieden
- 2 = eher unzufrieden
- 3 = weder noch
- 4 = eher zufrieden
- 5 = sehr zufrieden

|   | sehr unzufrieden | eher unzufrieden | weder noch | eher zufrieden | sehr zufrieden |
|---|------------------|------------------|------------|----------------|----------------|
| 1. Mit meiner Gesundheit.                           | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 2. Mit dem, was medizinisch bei mir erreicht wurde. | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 3. Mit meiner körperlichen Verfassung.              | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 4. Mit meiner geistigen Verfassung.                 | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 5. Mit meiner Stimmung.                             | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 6. Mit meinem Aussehen.                             | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 7. Mit meinen Fähigkeiten.                          | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 8. Mit meinem Charakter.                            | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 9. Mit meiner beruflichen Situation.                | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 10. Mit meiner finanziellen Lage.                   | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 11. Mit meiner Ehe/Partnerschaft.                   | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 12. Mit meinem Sexualleben.                         | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 13. Mit meiner Freizeitgestaltung.                  | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 14. Mit meinem Familienleben.                       | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |
| 15. Mit meinem Leben insgesamt.                     | 1                | 2                | 3          | 4              | 5              |

Datum des Ausfülltages:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Tag

Monat

Jahr

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf  
Vollständigkeit.

# **Ärztlicher Basisdokumentationsbogen**

## **(BDB)**

Version „MCS-Forschungsverbund 2003“



Absender (patientenbetreuendes Zentrum):  
(Stempel)

Empfänger (Studienzentrum):  
Robert Koch-Institut  
FG 22/Umweltmedizin  
Postfach 65 02 61, 13302 Berlin

## MCS-Verbundstudie II

# Ärztlicher Basisdokumentationsbogen (BDB)

**Patienten-ID:** ..... **Kennziffer der UMA:** .....  
(bitte in der Ambulanz eintragen)

Aus Vereinfachungsgründen wird im Folgenden nur die grammatisch männl. Form verwendet

### Überweisung/Überweisungsdiagnosen

#### 1. Die Zuweisung/Überweisung erfolgte durch

- eine andere Klinik (-abteilung) innerhalb des Klinikums → Fachrichtung: .....
- eine andere Klinik (-abteilung) außerhalb des Klinikums → Fachrichtung: .....
- eine andere Umweltambulanz → Welche? .....
- ein Gesundheitsamt
- einen niedergelassenen Arzt der **Fachrichtung:**

- Allgemeinmedizin, prakt. Arzt
- Innere Medizin
- Pädiatrie
- Dermatologie
- HNO
- Sonstige Fachrichtung: .....

#### Zusatzbezeichnung:

- Umweltmedizin
- Allergologie
- Naturheilverfahren
- Sonstige: .....

- eine andere/sonstige Einrichtung: .....

#### 2. Überweisungsdiagnose(n):

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....

**3.1 Wurde der Patient bereits zu einem früheren Zeitpunkt in *Ihrem* umwelt-medizinischen Zentrum betreut?**

- nicht bekannt
- nein
- ja, aber nicht als Teilnehmer der MCS-Studie I (Untersuchungsjahr 2000).  
↓  
In welchem Zeitraum? .....

**3.2 War der Patient - nach seinen Angaben - bereits zu einem früheren Zeitpunkt in einem anderen Zentrum des MCS-Forschungsverbundes betreut worden (vgl. UmedFB-F150a)?**

- nicht bekannt
  - nein
  - ja    ⇒    In welchem Zentrum? .....  
In welchem Zeitraum? .....
- War er dort Teilnehmer der MCS-Studie I (im Jahr 2000)?
- ja
  - nein
  - nicht bekannt

**Anliegen und gesundheitliche Beschwerden  
des Patienten zu Beginn der Betreuungsphase**

*Die Beantwortung der folgenden Fragen richtet sich nach dem ärztlichen Informationsstand am Ende der mündlichen Anamneseerhebung beim ersten Ambulanztermin!*

**4. Weshalb hat sich der Patient/die Patientin an die Umweltmedizinische Ambulanz gewandt? Mehrfachangaben möglich!**

[vgl. Erstkontaktbogen, Umweltmedizin-Fragebogen und Anamnesebogen]

- Lediglich Beratungsanliegen bezüglich künftiger *potentieller* Expositionen (kein konkret bestehendes Risiko)
- Konkreter Expositionsverdacht*, aber *keine* darauf bezogenen Gesundheitsprobleme
- Gesundheitsprobleme mit Umweltbezug* (der Umweltbezug besteht aus der Sicht des Patienten)\*
- Sonstiges: .....

\*Einschließlich Arbeitsplatz, einschließlich Dentalmaterialien.

**5. War der Patient bereits vor dem Erstkontakt im Hinblick auf „MCS“ orientiert bzw. vorinformiert? [vgl. EKB, UmedFB und Anamnesebogen]**

ja       nein       nicht bekannt

**5.1 Wusste der Patient von der MCS-Studie?**

ja       nein       nicht bekannt

**5.2 Hatte der Patient bereits beim Erstkontakt oder beim ersten Ambulanztermin den Verdacht, an MCS erkrankt zu sein?**

ja       nein       nicht bekannt

**5.3 Wie sehr war der Patient davon überzeugt, an MCS erkrankt zu sein?**

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr stark               | stark                    | weniger stark            | kaum                     |

**6. Welche Gesundheitsbeschwerden stehen beim Patienten (bei Studienaufnahme) im Vordergrund? [vgl. EKB, UmedFB-F9/10/11 und Anamnesebogen]**

| <b>Hauptbeschwerden</b>  | <b>Expositionsbezug aus Sicht des Patienten?*</b>  | <b>Welche Umwelt-noxen?**</b> |
|--|--|-------------------------------|
| <p>1. ....</p> <p>Erstmals aufgetreten: .....<br/>(Mon./Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> wechselhaft/schubweise/alternierend<br/><input type="checkbox"/> anhaltend/beständig/chronisch</p> | <p><input type="checkbox"/> ja, deutlicher Bezug, und zwar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Besserung bei jeder Entfernung vom Expositionsort</li> <li><input type="checkbox"/> Besserung im Urlaub (&gt;1 Woche)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> nein (keine Besserung b. Exp.-Karenz)</p> <p><input type="checkbox"/> Patient „weiß nicht“ (fraglicher Bezug zu den Beschwerden)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. keine Expositionskarenz möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht erfragt/nicht bekannt</p> |                               |
| <p>2. ....</p> <p>Erstmals aufgetreten: .....<br/>(Mon./Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> wechselhaft/schubweise/alternierend<br/><input type="checkbox"/> anhaltend/beständig/chronisch</p> | <p><input type="checkbox"/> ja, deutlicher Bezug, und zwar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Besserung bei jeder Entfernung vom Expositionsort</li> <li><input type="checkbox"/> Besserung im Urlaub (&gt;1 Woche)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> nein (keine Besserung b. Exp.-Karenz)</p> <p><input type="checkbox"/> Patient „weiß nicht“ (fraglicher Bezug zu den Beschwerden)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. keine Expositionskarenz möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht erfragt/nicht bekannt</p> |                               |
| <p>3. ....</p> <p>Erstmals aufgetreten: .....<br/>(Mon./Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> wechselhaft/schubweise/alternierend<br/><input type="checkbox"/> anhaltend/beständig/chronisch</p> | <p><input type="checkbox"/> ja, deutlicher Bezug, und zwar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Besserung bei jeder Entfernung vom Expositionsort</li> <li><input type="checkbox"/> Besserung im Urlaub (&gt;1 Woche)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> nein (keine Besserung b. Exp.-Karenz)</p> <p><input type="checkbox"/> Patient „weiß nicht“ (fraglicher Bezug zu den Beschwerden)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. keine Expositionskarenz möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht erfragt/nicht bekannt</p> |                               |

Weitere Beschwerden/Symptome:

.....  
.....

\*Spalte Expositionenbezug:

- Die Antwort „**ja, deutlicher Bezug**“ bedeutet: Das genannte Symptom tritt nach Angabe des Patienten bei Exposition auf und klingt bei Expositionskarenz ab.
- Antwort „**weiß nicht**“ bedeutet: Der Patient ist sich nicht sicher (kein klares Ja, kein klares Nein).
- Antwort „**nein**“ bedeutet: Der Patient sieht bei diesem Symptom keinen Zusammenhang mit Fremdstoffen.
- Antwort „**nicht erfragt/bekannt**“ bedeutet, dass dazu keine Angaben vorliegen.

\*\*Nennung der Umweltnoxen nach Angabe des Patienten (einschließlich Amalgam, Medikamente etc.).

**7. Zuordnung der vorstehend genannten Beschwerden zu Symptom-Bereichen oder zu Organen/Organsystemen/Körperteilen/Körperregionen (Mehrfachangaben möglich)**

- Allgemeinsymptome, Befindensstörungen (einschl. Schlafstörungen)
- Kopfschmerzen
- Zentralnervensystem (einschl. psychische Störungen)
- Peripheres Nervensystem
- Stütz- u. Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Sehnen, Bänder, Gelenke)
- Haut
- Haare
- Schleimhäute (ohne nähere Zuordnung)
- Augen
- Ohren
- Nase, Nasennebenhöhlen
- Mund, Rachen
- Kehlkopf
- Trachea, Bronchien, Lunge
- Herz, Kreislauf/Gefäßsystem
- Magen-Darm-Trakt (einschl. Ösophagus)
- Leber, Gallenblase/-gänge
- Nieren, ableitende Harnorgane
- Hämatopoisches System/Blut
- Hormonsystem
- Stoffwechsel
- Immunsystem
- Männliche Geschlechtsorgane
- Weibliche Geschlechtsorgane
- Sonstiges: .....

**Frage 8: GESTRICHEN (da teilweise im UmedFB)**

**9. Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen des Patienten zum Zeitpunkt des ersten Untersuchungstermins ein?**

|   | keine                    | leicht                   | mäßig                    | stark                    | sehr stark               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| „Körperliche“ Beschwerden .....             | <input type="checkbox"/> |
| „Seelische“ Beeinträchtigungen .....        | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Beeinträchtigungen.....             | <input type="checkbox"/> |
| Beeinträchtigungen in Alltag u. Beruf ..... | <input type="checkbox"/> |

Diese Frage bezieht sich nicht nur auf umweltattribuierte Symptome sondern auf die Gesamtbeschwerden des Patienten.

**10. Wird seitens des Patienten eine gesundheitsbeeinträchtigende Exposition in der Wohnung vermutet?**

ja       nein       Pat. „weiß nicht“       keine Angabe  
↓

**Durch welche Quellen oder Faktoren?**

- 1 allgemein/unspezifisch (ohne nähere Angaben) .....
- 2 Raumklima .....
- 3 Baumaterialien/Baustoffe .....
- 4 Heizung/Öfen .....
- 5 Einrichtungsgegenstände/Raumausstattung/Möbel .....
- 6 neue Bodenbeläge .....
- 7 Feuchteschaden/Schimmelpilze .....
- 8 Farben, Lacke, Kleber .....
- 9 Formaldehyd .....
- 10 Holzschutzmittel .....
- 11 Schädlingsbekämpfungsmaßnahme/-mittel .....
- 12 Fasern (Asbest oder KMF) .....
- 13 Sonstiges .....

(Mehrfachangaben möglich)

**11. Wird seitens des Patienten eine Gesundheitsgefährdung durch Trinkwasser (im eigenen Haushalt) vermutet?**

ja       nein       Pat. „weiß nicht“       keine Angabe

**12. Wird seitens des Patienten eine Gesundheitsgefährdung durch Dentalmaterialien vermutet?**

a) aktuelles Problem:  ja     nein     Pat. „weiß nicht“     keine Angabe  
b) früheres Problem: \*  ja     nein     Pat. „weiß nicht“     keine Angabe

\*z. B. Material inzwischen entfernt.

**13. Wird seitens des Patienten eine gesundheitsgefährdende Exposition durch Bedarfsgegenstände/Bekleidung/Schmuck vermutet?**

ja       nein       Pat. „weiß nicht“       keine Angabe

**14. Wird seitens des Patienten eine gesundheitsgefährdende Exposition im Wohnumfeld vermutet?**

ja       nein       Pat. „weiß nicht“       keine Angabe

**15. Bringt der Patient seine Gesundheitsbeschwerden mit einer Arbeitsplatz-Exposition in Verbindung?**

**(1) einer Exposition an seinem *jetzigen* gewerblichen Arbeitsplatz?**

ja       nein       trifft nicht zu, da zur Zeit ohne Beschäftigung

**(2) einer Exposition an seinem *jetzigen* Büro\*-Arbeitsplatz?**

ja       nein       trifft nicht zu, da zur Zeit ohne Beschäftigung

**(3) einer Exposition an einem *früheren* gewerblichen Arbeitsplatz?**

ja       nein       trifft nicht zu,  
da keine frühere Tätigkeit an einem gewerbl. Arbeitsplatz

**(4) einer Exposition an einem *früheren* Büro\*-Arbeitsplatz?**

ja       nein       trifft nicht zu,  
da keine frühere Tätigkeit an einem Büro-Arbeitsplatz

\*Büroarbeitsplatz oder ähnlicher Arbeitsplatz (z. B. Kindergarten, Schule).

**16. Bringt der Patient seine Gesundheitsbeschwerden darüber hinaus mit Aufenthalt an anderen Orten bzw. mit einer allgemeinen Umwelt-Chemikalien-Belastung in Verbindung?**

ja       nein       Pat. „weiß nicht“       keine Angabe

**17. Wie ausgeprägt ist das Expositionsvermeidungsverhalten des Patienten?**

gar nicht      (1)      (2)      (3)      (4)      (5)      (6)      außerordentlich  
ausgeprägt

Nicht bekannt/beurteilbar

**Frage18a: GESTRICHEN**

**19. Macht der Patient bestimmte Einflussfaktoren für den Beginn seiner Erkrankung verantwortlich („Initialexposition“)?\***

ja       nein       Pat. „weiß nicht“       keine Angabe

↓

- Schadstoffe in der Wohnung
- Schadstoffe im Wochenendhaus/Ferienhaus
- Schadstoffe im Wohnumfeld
- Schadstoffe am gewerblichen Arbeitsplatz
- Schadstoffe am Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)
- Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln
- Schadstoffe im Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges: .....

(Mehrfachangaben möglich)

\*Die Frage ist bei jedem expositionsbezogenen Beschwerdenbeginn zu bejahen (nicht nur bei einer Initialexposition im Sinne des MCS-Konzeptes).

Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also kein Alkohol- und Tabakkonsum. Dagegen sind Passivrauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.

Klassische Allergene, wie z.B. Pollen- und Hausstauballergene, sind hier nicht gemeint.

**20. Gibt der Patient Expositionsfaktoren an, durch die seine Beschwerden auch weiterhin ausgelöst oder verschlimmert werden?\***

ja       nein       Pat. „weiß nicht“       keine Angabe

↓

- Schadstoffe in der Wohnung
- Schadstoffe im Wochenendhaus/Ferienhaus
- Schadstoffe im Wohnumfeld
- Schadstoffe am gewerblichen Arbeitsplatz
- Schadstoffe am Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)
- Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln
- Schadstoffe im Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges: .....

(Mehrfachangaben möglich)

\*Die Frage ist bei jedem expositionsbezogenen Beschwerdenbeginn zu bejahen (nicht nur bei einer Initialexposition im Sinne des MCS-Konzeptes).

Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also kein Alkohol- und Tabakkonsum. Dagegen sind Passivrauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.

Klassische Allergene, wie z.B. Pollen- und Hausstauballergene, sind hier nicht gemeint.

**21. Ergab die Befragung des Patienten (Fragebogen plus Anamneseerhebung) aus ärztlicher Sicht plausible Anhaltspunkte für**

**a) eine frühere erhöhte Exposition des Patienten?**

ja       nein       nicht beurteilbar

↓

im Bereich:

- Wohnung
- Wochenendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges: .....

(Mehrfachangaben möglich)

**b) eine aktuelle erhöhte Exposition des Patienten?**

ja       nein       nicht beurteilbar

↓

im Bereich:

- Wohnung
- Wochenendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges: .....

(Mehrfachangaben möglich)

Anmerkung: Die vorstehend erbetenen Angaben stützen sich alleine auf die Befragung des Patienten (**Expositionsanamnese**); es handelt sich dabei um eine ärztliche Einschätzung.

Eine Exposition gegenüber „klassischen Allergenen“ ist hier nicht zu berücksichtigen, also z.B. keine Pollen- und Hausstauballergen-Exposition.

Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also keinen Alkohol- und Tabakkonsum.

Dagegen sind Passivrauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.

Falls Passivrauchen alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.

Falls eine Trinkwasserkontamination alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.

Bei Expositionen, die seit einem längerem Zeitraum bestehen, ist sowohl a) „frühere Exposition“ als auch b) „aktuelle Exposition“ anzugeben.

## Befunde und Diagnosen anderer Untersucher

**22.1 [vorgezogen]: Hat der Patient Fremdbefunde/Vorbefunde vorgelegt?**

- ja     nein → Falls nicht, dann weiter mit **Frage 26!**

**22. Welche Fremdbefunde (Vorbefunde und aktuelle externe Befunde) hat der Patient vorgelegt?**



**Umweltmonitoring-Befunde (Innenraum etc.)**

- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Erschienen die Messergebnisse verlässlich?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Gab es auffällige Befunde? .

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

**Um welche auffälligen Befunde handelt es sich?**

| Parameter | Untersuchungs-material, Probenahme | Messergebnis (Zahlenwert und Einheit) | Referenzwert, Referenzbereich | Datum |
|-----------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------|
|           |                                    |                                       |                               |       |
|           |                                    |                                       |                               |       |
|           |                                    |                                       |                               |       |
|           |                                    |                                       |                               |       |
|           |                                    |                                       |                               |       |
|           |                                    |                                       |                               |       |

Tabelle ggf. erweitern



**Konventionelle Biomonitoring-Befunde**

(ohne DMPS-Test, ohne Speichel-Test und ohne Haarmineralanalysen)

Erschienen die Untersuchungen problemadäquat?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Erschienen die Messergebnisse verlässlich?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Gab es auffällige Befunde?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

**Um welche auffälligen Befunde handelt es sich?**

| Parameter | Untersuchungs-material<br>B, S, P, U, Sp | Messergebnis<br>(Zahlenwert und Einheit) | Referenzwert | Datum |
|-----------|--|--|--------------|-------|
|           |  |  |              |       |
|           |  |  |              |       |
|           |  |  |              |       |
|           |  |  |              |       |
|           |  |  |              |       |
|           |  |  |              |       |

B Vollblut, S Serum, P Plasma,  
U Urin (ggf. spezifizieren: Spontanurin, Morgenerin, 24-h-Urin),  
Sp Speichel



**DMPS-Test**

Erschienen die Untersuchungen problemadäquat?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Erschienen die Messergebnisse verlässlich?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Gab es auffällige Befunde?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

**Um welche auffälligen Befunde handelt es sich?**

| Parameter | Untersuchungs-material | Messergebnis<br>(Zahlenwert und Einheit) | Referenzwert,<br>Referenzbereich | Datum |
|-----------|------------------------|--|----------------------------------|-------|
|           |                        |  |                                  |       |
|           |                        |  |                                  |       |
|           |                        |  |                                  |       |
|           |                        |  |                                  |       |
|           |                        |  |                                  |       |

ggf. ergänzen



**Speichel-Test (auf Dentalmaterial-Inhaltsstoffe)**

Erschienen die Untersuchungen problemadäquat?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Erschienen die Messergebnisse verlässlich?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Gab es auffällige Befunde?

- ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

**Um welche auffälligen Befunde handelt es sich?**

| Parameter | Test-durchführung | Messergebnis<br>(Zahlenwert und Einheit) | Referenzwert,<br>Referenzbereich | Datum |
|-----------|-------------------|--|----------------------------------|-------|
|           |                   |  |                                  |       |
|           |                   |  |                                  |       |
|           |                   |  |                                  |       |

ggf. ergänzen



**Haarmineralanalyse**

- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? ..  ja  nein  nb
- Gab es auffällige Befunde? .....  ja  nein  nb



**PET/SPECT**

- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? ..  ja  nein  nb
- Gab es auffällige Befunde? .....  ja  nein  nb



**Untersuchungen zum Fremdstoffmetabolismus  
(Phänotypisierung oder Genotypisierung)**

- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? ..  ja  nein  nb
- Gab es auffällige Befunde? .....  ja  nein  nb



**Klinisch-ökologische Diagnose-Methoden**

(z. B. Provokations-Neutralisations-Test)

- Welche Verfahren? ..
- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? ..  ja  nein  nb
- Gab es auffällige Befunde? .....  ja  nein  nb



**Sonstige unkonventionelle diagnostische Verfahren zum „Nachweis einer**

**Vergiftung**“ (z. B. Elektroakupunktur n. Voll, Bioresonanz-Diagnostik)

- Welche Verfahren? ..
- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? ..  ja  nein  nb
- Gab es auffällige Befunde? .....  ja  nein  nb



**Vorbefunde aufgrund der allgemeinen klinischen Diagnostik**

(einschließlich Allergiediagnostik, Labordiagnostik, bildgebende Verfahren usf.)

Gab es hierbei auffällige Befunde? .....  ja  nein  nb

Wenn ja, welche? ..

.....  
ggf. auf Rückseite ergänzen

**23. Welche Fremddiagnosen (z. B. Vordiagnosen) wurden im Zusammenhang mit den bestehenden Gesundheitsproblemen des Patienten gestellt (soweit Unterlagen verfügbar)?**

Gemeint sind hier nicht „Konsil-Diagnosen“, sondern die Diagnosen anderer, nicht in die Studie eingebundener Untersucher.

Bitte nur Fremddiagnosen angeben, die in Verbindung mit der jetzigen Problemstellung stehen.

| Datum des Diagnosevermerks | Fachrichtung des Diagnostikers (auch Teilgebiete angeben) | Diagnose | Anmerkungen |
|----------------------------|---|----------|-------------|
|                            |   |          |             |
|                            |   |          |             |
|                            |   |          |             |
|                            |   |          |             |
|                            |   |          |             |

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

**24. Hat der Patient persönliche Aufzeichnungen oder eine persönlich angelegte Befunddokumentation mitgebracht?**

ja       nein       nicht bekannt  
↓

**Wie würden Sie die mitgebrachten Unterlagen im Verhältnis zum bestehenden Umwelt-/Gesundheitsproblem insgesamt einschätzen?**

- Sie erscheinen nach Art und Ausmaß durchaus problemadäquat  
 Sie erscheinen nach Art und/oder Ausmaß eher unangemessen

**25.2 [vorgezogen]: Ergab die verfügbaren Vorbefunde aus ärztlicher Sicht ausreichende Anhaltspunkte für**

**a) eine frühere erhöhte Exposition des Patienten?**

ja       nein       nicht beurteilbar

↓

im Bereich:

- Wohnung
- Wochenendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges: .....

(Mehrfachangaben möglich)

**b) eine aktuelle erhöhte Exposition des Patienten?**

ja       nein       nicht beurteilbar

↓

im Bereich:

- Wohnung
- Wochenendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges: .....

(Mehrfachangaben möglich)

Anmerkung: Die vorstehend erbetenen Angaben stützen sich alleine auf die vom Patienten vorgelegten Vorbefunde und deren kritische ärztliche Beurteilung im Rahmen der regionalen Fallkonferenz.

Eine Exposition gegenüber „klassischen Allergenen“ ist hier nicht zu berücksichtigen, also z.B. keine Pollen- und Hausstauballergen-Exposition.

Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also keinen Alkohol- und Tabakkonsum.

Dagegen sind Passivrauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.

Falls Passivrauchen alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.

Falls eine Trinkwasserkontamination alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.

Bei Expositionen, die seit einem längeren Zeitraum bestehen, ist sowohl a) „frühere Exposition“ als auch b) „aktuelle Exposition“ anzugeben.

**25. Ergaben die verfügbaren Vorbefunde Anhaltspunkte für eine erhöhte Fremdstoff-Exposition des Patienten?**

**von a) ausschl. präventivmed. Relevanz?**  ja  nein  nicht beurteilb.

**von b) toxikol.-klinischer Relevanz?**  ja  nein  nicht beurteilb.

Nicht beurteilb. = Nicht beurteilbar, fraglich, unklar.

Auf eine Unterscheidung in ältere Befunde (>12 Monate) und neuere Befunde (<12 Monate) wurde verzichtet.

Zu a) Lediglich erhöhte Fremdstoff-Exposition ohne klinische Relevanz (keine adversen Effekte nachweisbar/plausibel); hier stehen in erster Linie chemische Stoffe im Sinne von Umweltchemikalien/-schadstoffen zur Diskussion, wie z.B. Innenraum-Schadstoffe, chemische Trinkwasser-Kontaminanten, aber auch Inhaltsstoffe von Gebrauchsprodukten und Dentalmaterialien (keine Medikamente, keine klassischen Allergene, keine Schimmelpilze).

Zu b) Erhöhte Fremdstoff-Exposition, die mit hinreichender Evidenz für pathologische Befunde und/oder Symptome des Patienten verantwortlich gemacht werden konnte (Experteneinschätzung – regionale Fallkonferenz).

Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!!!

**25.1 Ergaben die verfügbaren Vorbefunde ausreichende Anhaltspunkte für eine erhöhte Schimmelpilz-Exposition des Patienten?**

**von a) ausschl. präventivmed. Relevanz?**  ja  nein  nicht beurteilb.

**von b) toxikol.-allergol.-*klin.* Relevanz?**  ja  nein  nicht beurteilb.

Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!

**Aktuell durchgeführte Untersuchungen und deren Ergebnisse**  
(gilt für den primären Betreuungszeitraum im Zentrum)

**26. Welche Untersuchungen wurden im Rahmen der Studie im regionalen Zentrum durchgeführt und mit welchen Ergebnissen?**  
(ohne Nachuntersuchungsphase)

**26.1 Ortsbegehung/Umgebungsuntersuchung („ambient monitoring“)**

nein

ja      ⇒

- Wohnung
- Wohnumfeld
- Arbeitsplatz
- Sonstiges

Messergebnisse:

alle Werte *unauffällig*

erhöhte Werte (bitte nähere Angaben!):

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

**26.2 Expositionsbiomonitoring (Fremdstoffe in Blut, Urin etc.)**

nein

ja      ⇒

Messergebnisse:

alle Werte *unauffällig*

erhöhte Werte (bitte nähere Angaben!):

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

**26.3 Effektbiomonitoring (Hb-/DNA-Addukte etc.)**

nein

ja      ⇒

Ergebnis:  alle Werte *unauffällig*

auffällige Werte .....

**26.4 Produktrecherchen/toxikologische Recherchen**

nein

ja

## **26.5 Körperliche Untersuchung**

nein

ja     $\Rightarrow$     Ergebnis:  o. B.

auffällige Befunde:.....

## **26.6 Labormedizinische Diagnostik (ausgenommen Allergie-Diagnostik)**

nein

ja  $\Rightarrow$  Ergebnis:  o. B.

auffällige Befunde:.....

## **26.7 Allergologische Diagnostik**

nein

ja

### Auffälliger Befund?

Zutreffendes bitte ankreuzen

↓ Zutreffendes bitte ankreuzen

| Methode/Parameter          | Anmerkungen |
|----------------------------|-------------|
| Prick-Test                 |             |
| Scratch-Test               |             |
| Reibtest                   |             |
| Intrakutantest             |             |
| Patch-Test (Epikutan-Test) |             |
| Gesamt-IgE                 |             |
| Spezifische IgE            |             |
| Nasale Provokation         |             |
| Bronchiale Provokation     |             |
| DBPCFC*                    |             |
|                            |             |
|                            |             |
|                            |             |
|                            |             |
|                            |             |

\*Double-Blind Placebo-Controlled Food Challenge

## 26.8 Lungenfunktionsprüfung

nein

ja  $\Rightarrow$  Ergebnis:  o. B.

auffällige Befunde:.....

## **26.9 Bildgebende Verfahren**

nein

ja

⇒  SPECT

o. B.

#### auffälliger Befund

PET

— 3. B.

auffälliger Befund

⇒  Sonstige:

→  B

#### auffälliger Befund

## 26.10 Untersuchungen zum Fremdstoffmetabolismus

a) Phänotypisierung? (Enzymaktivität ...)

ja       nein

b) Genotypisierung?

ja       nein

↓Zutreffendes bitte ankreuzen

| Enzyme | Ergebnisse |
|--------|------------|
| CYP1A1 |            |
| CYP2D6 |            |
| CYP2E1 |            |
| GSTM1  |            |
| GSTT1  |            |
| NAT2   |            |
|        |            |
|        |            |
|        |            |

## 26.11 Psychometrie-Inventar

- „Fragebogen zur Gesundheit“
- CIDI-Version des MCS-Forschungsverbundes (computergestütztes psychiat. Interview)
- Zusätzliche psychometrische Tests

## 26.12 (ehemals I) GESTRICHEN

### 27. Welche konsiliarischen Untersuchungen wurden durchgeführt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Psychosomatik   |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie   | <input type="checkbox"/> Psychiatrie     |
| <input type="checkbox"/> Pädiatrie      | <input type="checkbox"/> Sonstige: ..... |
| <input type="checkbox"/> HNO            |  |
| <input type="checkbox"/> Neurologie     |  |

**28. Ergab die aktuelle Untersuchung verlässliche Anhaltspunkte für**

**(1) eine frühere erhöhte Exposition des Patienten**

**von a)**

**ausschl. präventivmed. Relevanz?**

ja       nein       nb

↓

*im Bereich:*

- Wohnung
- Wochenendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl.
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände ...
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Sonstiges

**von b)**

**toxikol.-klin. Relevanz?**

ja       nein       nb

↓

*im Bereich:*

- Wohnung
- Wochenendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl.
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges

**(2) eine aktuelle erhöhte Exposition des Patienten?**

**von a)**

**ausschl. präventivmed. Relevanz?**

ja       nein       nb

↓

*im Bereich:*

- Wohnung
- Wochenendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl.
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände ...
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Sonstiges

**von b)**

**toxikol.-klin. Relevanz?**

ja       nein       nb

↓

*im Bereich:*

- Wohnung
- Wochenendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl.
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges

**nb = nicht beurteilbar (bzw. fraglich, unklar)**

Zu a) Erhöhte Fremdstoff-Exposition ohne klinische Relevanz (keine adversen Effekte nachweisbar/plausibel); hier stehen in erster Linie chemische Stoffe im Sinne von Umweltchemikalien/-schadstoffen zur Diskussion, wie z.B. Innenraum-Schadstoffe, chemische Trinkwasser-Kontaminanten, aber auch Inhaltsstoffe von Gebrauchsprodukten und Dentalmaterialien (keine Medikamente, keine klassischen Allergene, keine Schimmelpilze).

Zu b) Erhöhte Fremdstoff-Exposition, die mit hinreichender Evidenz für pathologische Befunde und/oder Symptome des Patienten verantwortlich gemacht werden konnte (Experteneinschätzung – regionale Fallkonferenz).

Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!!!

*Zu den Expositionsbereichen:*

Eine Exposition gegenüber „klassischen Allergenen“ ist hier nicht zu berücksichtigen, also z.B. keine Pollen- und Hausstauballergen-Exposition.

Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also keinen Alkohol- und Tabakkonsum.

Dagegen sind Passivrauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.

Falls Passivrauchen alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.

Falls eine Trinkwasserkontamination alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.

Bei Expositionen, die seit einem längeren Zeitraum bestehen, ist sowohl a) „frühere Exposition“ als auch b) „aktuelle Exposition“ anzugeben.

**28.1 Ergaben die aktuellen Untersuchungsbefunde Anhaltspunkte für raumklimatische Besonderheiten**

**von a) ausschl. präventivmed. Relevanz?**  ja  nein  nb

**von b) klinischer Relevanz?** .....  ja  nein  nb

Zu a) Zum Beispiel zu geringe Luftfeuchte ohne klaren Bezug zur Symptomatik.

Zu b) Zum Beispiel zu geringe Luftfeuchte mit klarem Bezug zur Symptomatik.

Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!!!

**28.2 Ergaben die aktuellen Untersuchungsbefunde Anhaltspunkte für eine erhöhte Schimmelpilz-Exposition des Patienten?**

**von a) ausschl. präventivmed. Relevanz?**  ja  nein  nb

**von b) toxikol.-allergol.-*klin.* Relevanz?**  ja  nein  nb

Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!!!

**29. Falls die Untersuchung Anhaltspunkte für eine frühere, erhöhte Exposition ergab: Ist diese im Sinne einer „Initialexposition“ zu werten?**

ja  nein  unklar

**30. Ergab die aktuelle umweltmedizinische Untersuchung hinlängliche Anhaltspunkte für eine besondere „somatische Suszeptibilität“ des Patienten?**

nein  unklar

ja ⇒ **Wie wurde die besondere Empfindlichkeit des Patienten festgestellt?**

anamnestisch

durch klinische (in vivo) Tests → welche? .....

durch Laboruntersuchungen → welche? .....

**31. Ergab die aktuelle diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte**

- für eine organische Erkrankung? .....  ja  nein  nb
- für eine funktionelle Störung o. Befindensstörung  
ohne klaren psychodiagnostischen Befund? .....  ja  nein  nb
- für psychische/psychosomatische Störungen? ....  ja  nein  nb

nb = nicht beurteilbar (bzw. fraglich, unklar)

Die Frage bezieht sich sowohl auf die Diagnostik im eigenen Zentrum als auch auf aktuelle Diagnostik außerhalb des Zentrums, soweit hierzu verlässliche Angaben vorliegen.

Zur Einstufung:

- Wenn nur eine funktionelle Störung/Befindlichkeitsstörung vorliegt, soll die zweite Zeile mit „ja“ beantwortet werden.
- Wenn eine funktionelle Störung/Befindlichkeitsstörung mit klarem psychodiagnostischem Befund vorliegt, dann soll die zweite Zeile mit „nein“ und die dritte Zeile mit „ja“ beantwortet werden.

**32. Wurde durch die Untersuchungen eine bisher nicht festgestellte (ggf. übersehene) Erkrankung diagnostiziert?**

nein  
 ja ⇒ welche? .....

.....  
.....

**33. Hat der Patient im Zusammenhang mit seinem Aufenthalt in der Ambulanz/Klinik**

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - über die örtlichen Bedingungen geklagt (z. B. über schlechte Raumluftqualität in der Ambulanz)? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - über dadurch bedingte Gesundheitsbeschwerden geklagt? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - die Untersuchung aufgrund der örtlichen Bedingungen abgebrochen? .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkung zu Frage 33: .....

.....  
.....

## Diagnose(n) und ätiologische Beurteilung

### 34. Welche Diagnose(n) wurde(n) im regionalen Zentrum abschließend gestellt?

| Diagnose (Bezeichnung)* | ICD-10-Codierung | Dauer und Verlauf der Erkrankung** |
|-------------------------|------------------|------------------------------------|
|                         |                  |                                    |
|                         |                  |                                    |
|                         |                  |                                    |
|                         |                  |                                    |
|                         |                  |                                    |
|                         |                  |                                    |

\* Keine Verdachtsdiagnosen!

\*\*Tage/Wochen/Monate/Jahre (falls möglich, genauere Zeitangaben)

### 35. „Erklären“ die gestellten Diagnosen\* die vom Patienten angegebenen Beschwerden und die vorliegenden medizinischen Befunde hinreichend?

- ja    nein    unklar, fraglich    trifft nicht zu,  
da keine eindeutige(n) Diagnose(n) gestellt wurde(n)

Wenn ja, welche Diagnose(n)?

.....

.....

\*Im Sinne von eindeutigen Diagnosen (definierte somatische oder psychische Krankheiten).

### 35.1 Wurden Befindlichkeitsstörungen festgestellt oder Subschwellen-Diagnosen gestellt, die mit den vom Patienten angegebenen Beschwerden kompatibel sind bzw. diese hinreichend „erklären“?

- ja    nein    unklar, fraglich    trifft nicht zu,  
da keine Befindlichkeitsstörung(n) festgestellt /  
keine Subschwellen-Diagnose(n) gestellt wurde(n)

Wenn ja, welche Störung(en)?

.....

.....

**36. Gibt es daneben weitere Verdachtsdiagnosen?**

ja



welche? .....

nein

.....  
.....

**37. Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen des Patienten zum Zeitpunkt des (vorläufig) letzten Ambulanzbesuches ein?**

|   | keine                    | leicht                   | mäßig                    | stark                    | sehr stark               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| „Körperliche“ Beschwerden .....           | <input type="checkbox"/> |
| „Seelische“ Beeinträchtigungen .....      | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Beeinträchtigungen.....           | <input type="checkbox"/> |
| Beeinträchtigungen im Alltag u. Beruf ... | <input type="checkbox"/> |

### **Kausalitätsbeurteilung**

**38. Wie wahrscheinlich ist ein kausaler Zusammenhang zwischen Umweltnoxen und den berichteten Gesundheitsbeschwerden (resp. den gestellten Diagnosen)?**

- unwahrscheinlich  
 möglich, aber nur wenig wahrscheinlich ⇒  nur als Teilzusammenhang  
 wahrscheinlich ⇒  nur als Teilzusammenhang  
 sehr wahrscheinlich ⇒  nur als Teilzusammenhang  
  
 ein Zusammenhang  
ist nicht beurteilbar:  wegen fehlender Daten  
                                  wegen unzureichendem Erkenntnisstand

**39. Falls der (Teil-)Zusammenhang als wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich einzuschätzen ist: Auf welche Expositionsfaktoren und welche Symptome/Befunde/Diagnosen bezieht sich die Kausalitätseinschätzung?**

| <b>Ursächliche Expositionsfaktoren</b> | <b>Symptome, Befunde, Diagnosen</b> |
|--|-------------------------------------|
|  |                                     |
|  |                                     |
|  |                                     |
|  |                                     |

**40. Liegt bei dem Patienten nach Einschätzung der betreuenden Ärzte (des regionalen Zentrums) eine umweltbedingte Erkrankung im engeren Sinne vor?**

- ja       nein       unklar, fraglich

↓

**Handelt es sich dabei um eine multiple chemische Sensitivität (MCS) im engeren Sinne, d. h. um eine (nicht psychosomatisch erklärbare) somatische Überempfindlichkeit gegenüber verschiedenen Umweltaggressionen?**

- ja       nein       unklar, fraglich

**41. Der Patient ist z. Z. nach unserer ärztlichen Einschätzung**

- arbeitsfähig       arbeitsunfähig       trifft nicht zu (da z. B. Kind oder Rentner)

## Beratungs- und Therapieangebot

### 42. Wurden dem Patienten von Ihrer Seite spezielle Empfehlungen zur Expositionsvorbeugung oder -verminderung gegeben?

- nein  
 ja, und zwar:
- Bestimmte Nahrungsmittel meiden
  - Rotationsdiät
  - „Biolog. angebaute Nahrungsmittel“ verzehren
  - Bestimmte Bedarfsprodukte meiden
  - Sanierung im häuslichen Bereich (z. B. Möbelstücke, Fußbodenbelag entfernen)
  - Maßnahmen am Arbeitsplatz
  - Bestimmte Medikamente meiden
  - Zahnsanierung (Entfernung von Amalgamfüllungen o. ä.)
  - Sonstige Expositionsminderungsempfehlungen: .....

### 43. Wurde dem Patienten von Ihrer Seite ein konkretes Therapieangebot unterbreitet?

nein ⇒ Bitte weiter mit Frage 44

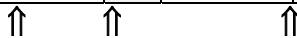
ja

↓

43a) Welches Therapieangebot wurde dem Patienten im Betreuungszeitraum konkret gemacht? Hat der Patient das Angebot - soweit im Beratungsgespräch erkennbar - angenommen?

| Unterbietetes Therapieangebot | Vom Patienten angenommen? |                          |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
|                               | JA                        | NEIN                     |
| Ernährungsberatung            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Kaltgepresste Öle             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungserg.-Stoffe           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Ultraclear/Sustain            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Umweltsauna                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Schwitzen                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Vakzine Behandlung            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Antioxidantien                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Zahnsanierung                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| DMPS-Behandlung               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Informationsveranst.          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Selbsthilfegruppe             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Ambul. Psychother.            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Station. Psychother.          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Naturheilverfahren            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| *                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| *                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| *                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| *                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

\*ggf. ergänzen



Bitte hier ankreuzen!

## Prognose

### 44. Wie schätzen Sie die Prognose des Patienten ein?

- gut
- indifferent
- schlecht
- unklar/nicht beurteilbar

### 45. Ist eine Nachuntersuchung vorgesehen?

- ja       nein  
↓

Nach wie vielen Monaten? ..... Mon.

## Betreuungszeitraum

### 46. In welchem Zeitraum wurde der Patient im umweltmedizinischen Zentrum (im Rahmen der Studie) während des Hauptuntersuchungsabschnittes betreut?

#### (1) Beginn des Betreuungszeitraums:

a) Datum des Erstkontaktes                          Tag    Monat    Jahr -- --

b) Erster Ambulanztermin                          Tag    Monat    Jahr -- --

#### (2) Ende des Betreuungszeitraums:

(vorläufig letzter Patientenkontakt)                  Tag    Monat    Jahr -- --

### 47. Ist es zu einem regulären Abschluss der Untersuchungen mit abschließendem Beratungsgespräch gekommen?

- ja, die Untersuchung kann als abgeschlossen gelten
- nein, der Patient ist nicht mehr erschienen bzw. vorzeitig ausgeschieden

### Frage 48: GESTRICHEN

### 49. Wieviele UMA-Termine hat der Patient während des primären Betreuungszeitraumes wahrgenommen?

\_\_\_\_ Termine in der UMA

**50. Wieviele sonstige ambulante Termine hat der Patient während des primären Betreuungszeitraumes im Zentrum wahrgenommen?**

**a) im Rahmen des regulären Untersuchungsprogramms**  
(z. B. in der Allergologie oder Psychosomatik/Psychiatrie)

\_\_\_\_ Termine ⇒ In welchen Abteilungen? .....

**b) im Rahmen von spezielleren Konsiliaruntersuchungen**

\_\_\_\_ Termine ⇒ In welchen Abteilungen? .....

**Frage 51: GESTRICHEN**

**52. Wurde der Patient während des Betreuungszeitraums (im Rahmen der Studie) stationär aufgenommen?**

nein

ja ⇒ von ..... bis ..... Abteilung: .....

**53. Ist eine spätere stationäre Aufnahme geplant?**

nein

ja

## Status des Patienten bezüglich MCS

### **54. Einstufung auf der Studien-Eingangsebene ( $E_0$ ):**

Hatte der Patient beim Erstkontakt den Verdacht, an „MCS“ erkrankt zu sein (= selbstberichtete MCS-Erkrankung = sMCS)?

- ja
- nein
- Patient konnte dazu keine Angabe machen („weiß nicht“)
- Status des Pat. auf Ebene  $E_0$  nicht bekannt

**Frage 55** (Ebene 1) entfällt!

### **56.1 Einstufung nach Abschluss der Diagnostik und der regionalen Fallkonferenz (Ebene $E_2$ ) unter der Vorstellung einer „somatischen MCS-Erkrankung“:**

Zu den Fallkriterien für ein somatologisches MCS-Konzept s. das Schema (Kasten) auf der letzten Seite!

- Patient wurde in die *MCS2-Gruppe-somatisch* aufgenommen
- Patient wurde in die Gruppe der übrigen Umweltambulanz-Patienten aufgenommen (= Nicht-MCS2-Gruppe = interne Vergleichsgruppe)
- Einordnung in eine der beiden vorstehenden Gruppen nicht mit ausreichender Evidenz möglich

### **56.2 Einstufung nach Abschluss der Diagnostik und der regionalen Fallkonferenz (Ebene $E_2$ ) unter Zugrundelegung eines „psycho-somatischen MCS-Konzeptes“:**

Der Begriff „psychosomatisch“ wird hier im weiteren Sinne verwendet, d.h. unter Einbeziehung von psycho-physiologischen Modellvorstellungen und von Subschwellen-Störungen. Die Patienten erfüllen phänomenologisch die „MCS-Kriterien“, wobei allerdings psychodiagnostische Auffälligkeiten und diagnostizierte psychische/psychosomatische Störungen kein Grund für einen Ausschluss aus der MCS-Gruppe darstellen.

- Patient wurde in die *MCS2-Gruppe-psychosomatisch* aufgenommen
- Patient wurde in die Gruppe der übrigen Umweltambulanz-Patienten aufgenommen (= Nicht-MCS2-Gruppe = interne Vergleichsgruppe)
- Einordnung in eine der beiden vorstehenden Gruppen nicht mit ausreichender Evidenz möglich

### **Fallvorstellungen:**

57. Ist eine Fallvorstellung im Zentrum erfolgt?     ja     nein

58. Ist eine Fallvorstellung in der überregionalen Projektgruppe (bei einem Projekttreffen) gewünscht/erforderlich?

- ja, unbedingt erforderlich
- ja, nach Möglichkeit (wünschenswert)
- nein

Datum: .....

Name der Ärztin/des Arztes:.....

(in Druckbuchstaben)

**Fallkriterien für ein somatologisches MCS-Konzept (Kriterien in Anlehnung an Cullen, 1987)**

| <b>Art des Kriteriums</b>                | <b>Ausprägung des Kriteriums<br/>(Beurteilung erfolgt nach diagnostischer Abklärung)</b>  |
|--|---|
| Beginn,<br>Initialphase                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Störung ist irgendwann im Leben aufgetreten, hat vorher nicht bestanden, ist also "erworben".</li> <li>Einschleichender Beginn möglich.</li> <li>Falls Initialexposition/-ereignis berichtet wird, bitte angeben!</li> </ul>   |
| Auslösung,<br>Triggerung                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Symptome kommen und gehen in Abhängigkeit von der Exposition, sind also nach Angaben des Patienten expositionsabhängig und bei Reexposition reproduzierbar.</li> </ul> <p>Die Patienten sind zwischen den Expositionsepisoden nicht unbedingt völlig beschwerdefrei. Zeitliche Expositions-Wirkungs-Beziehung muss aber erkennbar/plausibel sein.</p>  |
| Chronizität                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Es handelt sich um ein "chronisches" Leiden; nur Patienten mit einer Erkrankungsdauer von mehr als 6 Monaten werden in die MCS-Gruppe einbezogen.</li> </ul> <p>Bei längerem Krankheitsverlauf ist die Abhängigkeit von Expositionssituationen aufgrund der Chronifizierung möglicherweise nicht mehr so ausgeprägt.</p>   |
| Auslöser,<br>Einflussfaktoren            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Auslösung erfolgt (nach subjektiver Wahrnehmung des Patienten) durch verschiedene chemische Stoffe, an verschiedenen Orten und in verschiedenen Expositionssituationen.</li> <li>Physikalische u. biologische Einflüsse können ebenfalls angegeben werden; die Ausschlusskriterien sind jedoch nur bei zusätzlicher Beteiligung chemischer Stoffe erfüllt.</li> <li>Eine Unverträglichkeit gegenüber Einzelstoffen oder Einzelstoffklassen genügt nicht für die Einordnung in die MCS-Gruppe.</li> </ul> |
| Expositionsniveau,<br>Dosis              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Es handelt sich um niedrige Expositionsniveaus, die von anderen Personen im Allgemeinen toleriert werden.</li> </ul>   |
| Beschwerdebereiche,<br>betroffene Organe | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mehrere Beschwerdebereiche bzw. Organe oder Organsysteme sind betroffen (d.h. mehr als ein Beschwerdebereich).</li> </ul>  |
| Diagnostische Tests<br>u. Parameter      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die berichteten Beschwerden lassen sich nicht durch eine bekannte Erkrankung des Patienten erklären (auch nicht durch eine bekannte psychische oder psychosomatische Störung).</li> </ul>  |
| Ausschlusskriterien                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erkrankungsdauer &lt; 6 Monate.</li> <li>Unverträglichkeit gegenüber einem Einzelstoff.</li> <li>Unverträglichkeit nur gegen nicht-chemische Einflussfaktoren.</li> <li>Klar definierte Erkrankungen, durch die sich die Beschwerden hinreichend erklären lassen.</li> </ul>   |

Wesentliche Fallcharakteristika sind:

- multiple Exposition (von geringer Intensität, die bei anderen Personen keine Symptome macht);
- multiple Symptomatik (mehrere Beschwerdebereiche oder Organsysteme betroffen);
- chronisches Leiden (Erkrankungsdauer > 6 Monate);
- keine stichhaltigen Hinweise auf eine, mit der Symptomatik kompatible Gesundheitsstörung/Krankheit; Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen, die mit hinreichender Sicherheit diagnostiziert werden können (fachärztliches Konsil) sind aus der MCS-Fallgruppe auszuschließen, sofern
  - a) keine tragfähigen Belege für einen Expositions-Wirkungs-Zusammenhang bestehen und
  - b) die Symptome durch die diagnostizierten Störungen hinreichend „erklärt“ sind.

**Änderungen  
des  
ärztlichen Basisdokumentationsbogens (BDB)  
von Version 2000 zu Version 2003**



Absender (patientenbetreuendes Zentrum):  
(Stempel) Empfänger (Studienzentrum):  
Robert Koch-Institut  
FG 22/Umweltmedizin  
Postfach 65 02 61, 13302 Berlin

## MCS-Verbundstudie II

### Ärztlicher Basisdokumentationsbogen (BDB)

Patienten-ID: .....  
(bitte in der Ambulanz eintragen) Kennziffer der UMA: .....

Eingangs-Nr.: .....  
(RKI) ..... Eingangssituation: .....  
(RKI)

Aus Vereinfachungsgründen wird im Folgenden nur die grammatischen Form verwendet

#### Überweisung/Überweisungsdiagnosen

1. Die Zuweisung/Überweisung/Einweisung erfolgte durch

- eine andere Klinik (-abteilung) innerhalb des Klinikums → Fachrichtung: .....
- eine andere Klinik (-abteilung) außerhalb des Klinikums → Fachrichtung: .....
- eine andere Umweltambulanz → Welche? .....
- ein Gesundheitsamt

einen niedergelassenen Arzt der Fachrichtung:

- Allgemeinmedizin, prakt. Arzt
- Innere Medizin
- Pädiatrie
- Dermatologie
- HNO
- Sonstige Fachrichtung: .....

#### Zusatzbezeichnung:

- Umweltmedizin
- Allergologie
- Naturheilverfahren
- Sonstige: .....

eine andere Einrichtung: .....

2. Überweisungsdiagnose(n)  
Codierung nach ICD-10  
(falls möglich)

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....

GUMED/MCS-Multicenterstudie 2/Abschlussbericht - gesamtAnlagenband(BDB-Korrekturversion blau MCS-Verbund 2003.doc)

4).....

**3.1 a) Wurde der Patient bereits zu einem früheren Zeitpunkt in Ihrem umwelt-medizinischen Zentrum betreut?**

nein  
 ja, aber nicht als Teilnehmer der MCS-Studie 1 (Untersuchungsjahr 2000), da sie ist bereits ein Basistestkennzeichen gegen existierende Probleme und jetzt ein Fertigsetzungsbogen (BDB-F) auszufüllen wäre.  
↓  
In welchem Zeitraum war das? .....

**3.2 b) War der Patient - nach seinen Angaben - bereits zu einem früheren Zeitpunkt in einem anderen Zentrum des MCS-Forschungsverbundes betreut worden (vgl. UmedFB-F150a)?**

nicht erfragt  
 nein  
 ja ⇒ In welchem Zentrum? ....., Und in In welchem Zeitraum?  
War er dort Teilnehmer der MCS-Studie 1 (im Jahr 2000)?  
 ja  nein  nicht bekannt

**Anliegen und gesundheitliche Beschwerden des Patienten zu Beginn der Betreuungsphase**

Die Beantwortung der folgenden Fragen richtet sich nach dem ärztlichen Informationsstand am Ende der mündlichen Anamneseerhebung beim ersten Ambulanzerntermin!

**4. Weshalb hat sich der Patient/die Patientin an die Umweltmedizinische Ambulanz gewandt? Mehrfrachthangaben möglich!**

[vgl. Erstkontaktbogen, Umweltmedizin-Fragebogen und Anamnesebogen]

Lediglich Beratungsanliegen bezüglich künftiger potentieller Expositionen oder-potentieller-Gesundheitsgefährdungen (kein konkret bestehendes Risiko)

Konkreter Expositionsverdacht oder-Befästigung-durch-Umweltseinflüsse, aber keine darauf bezogenen Gesundheitsprobleme

Gesundheitsprobleme mit Umweltbezug (der Umweltbezug besteht aus der Sicht des Patienten oder-des-überweisenden-Arztes)\*

Sonstiges: .....

\*Einschließlich Arbeitsplatz, einschließlich Dentalmaterialien.

|   |  |
|---|--|
| <b>5. War der Patient bereits vor dem Erstkontakt im Hinblick auf „MCS“ orientiert bzw. vorinformiert? [vgl. EKB, UmedFB und Anamnesebogen]</b> | <input type="checkbox"/> ja<br><input checked="" type="checkbox"/> nein<br>.....   |
| <b>5 a) Wusste der Patient von der MCS-Studie?</b>  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br>.....  |
| <b>5 b) Hatte der Patient bereits beim Erstkontakt oder beim ersten Ambulanztermin den Verdacht, an MCS erkrankt zu sein?</b>                   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br>.....  |
| <b>5 c) Wie sehr <u>warfürchtete</u> der Patient davon <u>überzeugt</u>, an MCS erkrankt zu sein?</b>   | <input type="checkbox"/> sehr stark<br><input type="checkbox"/> stark<br><input type="checkbox"/> weniger stark<br><input type="checkbox"/> kaum |

**6. Welche Gesundheitsbeschwerden stehen beim Patienten (bei Studienaufnahme) im Vordergrund?**  
[vgl. EKB, UmedFB-F9/10/11 und Anamnesebogen]

{1} .....  
(2) .....  
(3) .....  
Weitere: .....

|  |  |
|--|--|
| <b>3.</b><br>.....                                     | <input type="checkbox"/> ja, deutlicher Bezug, und zwar Besserung bei jeder Entfernung vom Expositionsort<br><input type="checkbox"/> Besserung im Urlaub (>1 Woche)<br><input type="checkbox"/> nein (keine Besserung b. Exp.-Karenz)<br><input type="checkbox"/> Patient „weiß nicht“ (fraglicher Bezug zu den Beschwerden)<br><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. keine Expositionskarenz möglich)<br><input type="checkbox"/> nicht erfragt/nicht bekannt |
| <b>Erstmals aufgetreten:</b> ..... (Mon./Jahr)         | <input type="checkbox"/> wechselseit/schubweise/alternierend<br><input type="checkbox"/> anhaltend/beständig/chronisch   |
| <b>Weitere Beschwerden/Symptome:</b><br>.....<br>..... |  |

\*Spalte Expositionsbezug:  

- Die Antwort „ja, deutlicher Bezug“ bedeutet: Das genannte Symptom tritt nach Angabe des Patienten bei Exposition auf und klingt bei Expositionskarenz ab.
- Antwort „ja, aber nicht so deutlicher Bezug“ bedeutet: Das genannte Symptom wird zwar vom Patienten mit Fremdstoffen in Verbindung gebracht, der zeitlicher/räumliche Expositions-Effekt-Bezug ist aber nicht oder nicht so deutlich erkennbar, etwa bei einer kontinuierlichen Exposition (Beispiel Amalgam) oder bei Spätwirkungen nach längerer Latenzzeit.
- Antwort „fraglich“ bedeutet: Der Patient ist sich nicht sicher (kein ja, kein nein, eher „weiß nicht“)
- Antwort „nein“ bedeutet: Der Patient sieht bei diesem Symptom keinen Zusammenhang mit Fremdstoffen.
- Antwort „nicht erfragt/bekannt“ bedeutet, dass dazu keine Angaben vorliegen.

\*\*Nennung der Umweltnoxen nach Angabe des Patienten (einschließlich Amalgam, Medikamente etc.).

|  |
|--|
| <b>7. Zuordnung der vorstehend genannten Beschwerden zu Symptom-Bereichen oder zu Organen/Organsystemen/Körperteilen/Körperregionen</b><br>(Mehrfachangaben möglich)   |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinsymptome, Befindensstörungen (einschl. Schlafstörungen)<br><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen<br><input type="checkbox"/> Zentralnervensystem (einschl. psychische Störungen)<br><input type="checkbox"/> Peripheres Nervensystem<br><input type="checkbox"/> <b>Stütz- u. Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Sehnen, Bänder, Gelenke)</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Haut,-Haare<br><input type="checkbox"/> Schleimhäute (ohne nähere Zuordnung)<br><input type="checkbox"/> Augen<br><input type="checkbox"/> Ohren<br><input type="checkbox"/> Nase, Nasennebenhöhlen<br><input type="checkbox"/> Mund, Rachen<br><input type="checkbox"/> Kehlkopf<br><input type="checkbox"/> Trachea, Bronchien, Lunge<br><input type="checkbox"/> Herz, Kreislauf/Gefäßsystem<br><input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt (einschl. Ösophagus)<br><input type="checkbox"/> Leber, Gallenblase/-gänge<br><input type="checkbox"/> Nieren, ableitende Harnorgane |

| Beschwerden/Symptome | Expositionsbezug aus Sicht des Patienten?*   | Welche Umweltnoxen?**  |
|----------------------|--|--|
| 1. ....              | <input type="checkbox"/> ja, deutlicher Bezug, und zwar Besserung bei jeder Entfernung vom Expositionsort<br><input type="checkbox"/> Besserung im Urlaub (>1 Woche)<br><input type="checkbox"/> nein (keine Besserung b. Exp.-Karenz)<br><input type="checkbox"/> Patient „weiß nicht“ (fraglicher Bezug zu den Beschwerden)<br><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. keine Expositionskarenz möglich)<br><input type="checkbox"/> nicht erfragt/nicht bekannt | <input type="checkbox"/> deutlicher Bezug, und zwar Besserung bei jeder Entfernung vom Expositionsort<br><input type="checkbox"/> Besserung im Urlaub (>1 Woche)<br><input type="checkbox"/> nein (keine Besserung b. Exp.-Karenz)<br><input type="checkbox"/> Patient „weiß nicht“ (fraglicher Bezug zu den Beschwerden)<br><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. keine Expositionskarenz möglich)<br><input type="checkbox"/> nicht erfragt/nicht bekannt |
| 2. ....              | <input type="checkbox"/> wechselseit/schubweise/alternierend<br><input type="checkbox"/> anhaltend/beständig/chronisch   |  |

- Hämatopoietisches System/Blut
- Hormonsystem
- Stoffwechsel
- Immunsystem
- Männliche Geschlechtsorgane
- Weibliche Geschlechts- und Fortpflanzungsorgane (eiszeitl. Mammale)
- Kopf
- Hals
- Rumpf
- Extremitäten
- Sonstiges: .....

.....

\* Die Zuordnung wird nicht immer gelingen (in selchen Fällen bitte handschriftl. Anmerkungen!)

\*\* Diese Systeme wurden der Vollständigkeit halber genannt, obwohl eine Zuordnung der Beschwerden/Störung beim Ersterkrankn. kaum möglich sein wird.

Die Zuordnung wird nicht immer gelingen. In solchen Fällen bitte handschriftlich Anmerkungen! Diese Systeme wurden der Vollständigkeit halber genannt, obwohl keine Zuordnung der Beschwerden/Störung beim Ersttermin kaum möglich sein wird.

**Frage 8: GESTRICHEN** (da teilweise im UmedFB)  
**8.-Welche-Vorleiterkrankungen-oder-Begleiterkrankungen-werden-vom-Patienten-angegeben? Sind-die-Angaben-plausibel? Wann-ist-die-Erkrankung**

| Krankheit                 | Nach Angabe<br>des Patienten<br>(im UmmedFB) | Arztliche Anamneseerhebung |       |  |  |
|---------------------------|--|----------------------------|-------|--|--|
|                           |  | keine<br>Anamne-<br>se     |       | Nach ärztlicher<br>Einschätzung<br>pausibel? | Zeitl.-Einforderung*<br>1=Im letzten<br>Monat<br>2=Im letzten Jahr<br>3=Länger erho-<br>ben<br>8=Nicht bekannt |
|                           |  | weiß                       | nicht |  |  |
| 1 Diphtherie              |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 2 Kehlkopfentz.           |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 3 Malaria                 |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 4 Mumps                   |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 5 Röteln                  |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 6 Wiederecken             |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 7 Scharrach               |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 8 Tuberkulose             |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 9 Ruhr                    |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 10 Typhus- und Paratyphus |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 11 Tropenplasme           |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 12 Legionellen-Erkrankung |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 13 Befallense             |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
| 14 Sensitige:             |  |                            |       | <input type="checkbox"/> Ja                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ab  |
|                           |  |                            |       |  | <input type="checkbox"/> Ja  |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 2  | Asthma-psectoris                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 3  | Herzinfarkt                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 4  | Herzinsuffizienz                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 5  | Schlaganfall                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 6  | TIA  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 7  | Peripherie-arterielle Verschlusskrankheit        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 8  | Venitzen-(Beine)                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 9  | Venenthrombose                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 10 | Asthma-bronchiale                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 11 | Chron.-Bronchitis                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 12 | Gastritis  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 13 | Magen-Darm-Ulkus                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 14 | Gallenstein-Entzünd.                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 15 | Leberzirrhose                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 16 | Hepatitis  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 17 | a) Hypothyreose<br>b) Hyperthyreose<br>c) Struma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 18 | Diabetes-mellitus<br>(Hasilinbehandlung)         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 19 | Diabetes-mellitus<br>(keine Hasilinbehandl.)     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 20 | Erh.. Blutfette,<br>etw... Cholesterin           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 21 | Gicht/Harnsäureseh.                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 22 | Asthma-Eisernspanngel                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 23 | Pyelonephritis                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 24 | Nierenerst., Nierenkalk                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 25 | Krebskrankung                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 26 | Asthose  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 27 | Eratz-Gelenkrkr.                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 28 | Osteoporose                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 29 | Migräne  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 30 | Epilepsie  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 31 | M.-Parkinson                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 32 | Multiple-Sklerose                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 33 | Migräne  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 34 | Psychische Erkrank.                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 35 | Essstörung                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 36 | Absturzgefahr/Sucht                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
|    | a) Alkohol<br>b) Drogen-Medikam.                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 37 | Heuschnupfen                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 38 | Allerg.-Kontaktekzem                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 39 | Nephritis  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 40 | Nahrungsmittel-allerg.-Reaktion                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 41 | Urtikaria  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 42 | Andere Allergien                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |
| 43 | Andere Krankheiten                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unb. |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 44 Bei Frauen: Gravitätologisch<br>Erkrankt (ohne Krebs)   |  |  | <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja |  |
| 45 Bei Männern: Prostata-<br>euer/Gentalkrank-<br>(ohne Krebs)   |  |  | <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja |  |
| *Es bedeutet: 1 = Im letzten Monat: Aktuelles Gesundheitsproblem, d.h. die Erkrankung bestand in den letzten 4 Wochen vor der Anamneseerhebung.<br>2 = Im letzten Jahr: Die Erkrankung liegt länger als 1 Monat zurück, jedoch nicht länger als 12 Monate.<br>3 = Länger her: Die Erkrankung liegt länger als 1 Jahr zurück.<br>Mehrfragen ergeben sich, wenn die Erkrankung in den letzten 12 Monaten aufgetreten und zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht ausgeheilt. |  |  |  |  |

**9. Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen des Patienten zum Zeitpunkt des ersten Untersuchungstermins ein?**

|   |                                 |                                |                                |                                     |
|---|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| keine                                       | leicht <input type="checkbox"/> | mäßig <input type="checkbox"/> | stark <input type="checkbox"/> | sehr stark <input type="checkbox"/> |
| „Körperliche“ Beschwerden .....             | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>            |
| „Seelische“ Beeinträchtigungen .....        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>            |
| Soziale Beeinträchtigungen.....             | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>            |
| Beeinträchtigungen in Alltag u. Beruf ..... | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>            |

Diese Frage bezieht sich nicht nur auf umweltattribuierte Symptome sondern auf die Gesamtbeschwerden des Patienten.

|  |  |
|--|--|
| <b>11. Wird seitens des Patienten eine Gesundheitsgefährdung durch <u>Trinkwasser</u> (im eigenen Haushalt) vermutet?</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“ <input type="checkbox"/> keine Angabe |
| <b>12. Wird seitens des Patienten eine Gesundheitsgefährdung durch <u>Dentalmaterialien</u> vermutet?</b>  |  |
| a) aktuelles Problem: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“ <input type="checkbox"/> keine Angabe |  |
| b) früheres Problem: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“ <input type="checkbox"/> keine Angabe  |  |
| (Material inzwischen entfernt)   |  |
| <b>12a. Bringt der Patient diese Dentalmaterialien mit seinen gesundheitlichen Beschwerden in Verbindung?</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“ <input type="checkbox"/> keine Angabe                       |  |
| <b>13. Wird seitens des Patienten eine gesundheitsgefährdende <u>Exposition</u> durch <u>Bedarfsgegenstände/Bekleidung/Schmuck</u> vermutet?</b>                 |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“ <input type="checkbox"/> keine Angabe                       |  |
| <b>14. Wird seitens des Patienten eine gesundheitsgefährdende Exposition im <u>Wohnumfeld</u> vermutet?</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“ <input type="checkbox"/> keine Angabe                       |  |
| <b>15. Bringt der Patient seine gesundheitsgefährdende Exposition mit einer Arbeitsplatz-Position in Verbindung?</b>   |  |
| (1) einer Exposition an seinem <b>jetzigen gewerblichen Arbeitsplatz</b> ?   |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu, da zur Zeit ohne Beschäftigung                               |  |
| (2) einer Exposition an seinem <b>jetzigen Büro*-Arbeitsplatz</b> ?  |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu, da zur Zeit ohne Beschäftigung                               |  |
| (3) einer Exposition an einem <b>früheren gewerblichen Arbeitsplatz</b> ?  |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu, da keine frühere Tätigkeit an einem gewerbli. Arbeitsplatz   |  |
| (4) einer Exposition an einem <b>früheren Büro*-Arbeitsplatz</b> ?   |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu, da keine frühere Tätigkeit an einem Büro-Arbeitsplatz        |  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>16. Bringt der Patient seine Gesundheitsbeschwerden darüber hinaus mit Aufenthalten an anderen Orten bzw. mit einer allgemeinen Umwelt-Chemikalien-Belastung in Verbindung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“      <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>   |  |
| <p><b>17. Wie ausgeprägt ist das Expositionsvorbehalten des Patienten?</b></p> <p>gar nicht      (1)      (2)      (3)      (4)      (5)      (6)      außerordentlich<br/>ausgeprägt</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht bekannt/beurteilbar</p>  |  |
| <p><b>18a) Umweltbezug (Schema des UMB/UMA-Arbeitskreises, „Eingangsbegegnen“ – aus Sicht des Patienten/der Patientin)</b></p> <p><b>Wo? – Expositionsort:</b><br/> <input type="checkbox"/> Wohninnenraum      <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz      <input type="checkbox"/> Sonstiger Bereich: .....<br/> <input type="checkbox"/> Wohnumfeld      <input type="checkbox"/> Schule/Kindergarten</p> <p><b>Weher? – Quellen:</b> (Mehrere möglich)<br/> <input type="checkbox"/> Abfall      <input type="checkbox"/> Bekleidung/Schmuck      <input type="checkbox"/> Verkehr<br/> <input type="checkbox"/> Altlast/Deponie      <input type="checkbox"/> Dentalwerkstoff      <input type="checkbox"/> Sensitiv. Quelle: .....<br/> <input type="checkbox"/> Baustoffe      <input type="checkbox"/> Industrie/Gewerbe<br/> <input type="checkbox"/> Bedarfsgegenstand      <input type="checkbox"/> Raumausstattung<br/> <input type="checkbox"/> Boden      <input type="checkbox"/> Lebensmittel<br/> <input type="checkbox"/> Trinkwasser      <input type="checkbox"/> Außenluft      <input type="checkbox"/> Vegetation<br/> <input type="checkbox"/> Oberflächenwasser      <input type="checkbox"/> Innenaufmautluft      <input type="checkbox"/> Sensitiv. Medien: .....<br/> <input type="checkbox"/> Badewasser</p> <p><b>Wie? – Medien/Belastungsgegenstände:</b> (Mehrere möglich)<br/> <input type="checkbox"/> Geruch      <input type="checkbox"/> Pflanzenbeh.-/Schädlingsb.-Mittel<br/> <input type="checkbox"/> Amalgam      <input type="checkbox"/> Heizschutzmittel      <input type="checkbox"/> Radioaktivität<br/> <input type="checkbox"/> Asbest/Künstl. Mineralf.      <input type="checkbox"/> Lärm      <input type="checkbox"/> Raumklima<br/> <input type="checkbox"/> Dämpfer/Gaser/Rauch      <input type="checkbox"/> Lesemittel      <input type="checkbox"/> Schimmel<br/> <input type="checkbox"/> Dichter/Füllane      <input type="checkbox"/> Metall/Schwermet.      <input type="checkbox"/> Staub<br/> <input type="checkbox"/> Elektromagn. Felder      <input type="checkbox"/> Ozon      <input type="checkbox"/> UV-Strahlung<br/> <input type="checkbox"/> Formaldehyd      <input type="checkbox"/> PCB      <input type="checkbox"/> Sensitiv. Belastungen: .....</p> |  |
| <p><b>19. Macht der Patient bestimmte Einflussfaktoren für den Beginn seiner Erkrankung verantwortlich („Initialexposition“)?*</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“      <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/> Schadstoffe in der Wohnung<br/> <input type="checkbox"/> <b>Schadstoffe im Wochendhaus/Ferienhaus</b><br/> <input type="checkbox"/> Schadstoffe im Wohnumfeld<br/> <input type="checkbox"/> Schadstoffe am gewerblichen Arbeitsplatz<br/> <input type="checkbox"/> <b>Schadstoffe am Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)</b><br/> <input type="checkbox"/> Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln<br/> <input type="checkbox"/> Schadstoffe im Trinkwasser<br/> <input type="checkbox"/> Dentalmaterialien<br/> <input type="checkbox"/> Medikamente<br/> <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....<br/> <small>(Mehrereangaben möglich)</small></p>   |  |
| <p><b>20. Gibt der Patient Expositionsfaktoren an, durch die seine Beschwerden auch weiterhin <u>ausgelöst</u> oder <u>verschlimmert</u> werden?*</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> Pat. „weiß nicht“      <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/> Schadstoffe in der Wohnung<br/> <input type="checkbox"/> <b>Schadstoffe im Wochendhaus/Ferienhaus</b><br/> <input type="checkbox"/> Schadstoffe im Wohnumfeld<br/> <input type="checkbox"/> Schadstoffe am gewerblichen Arbeitsplatz<br/> <input type="checkbox"/> <b>Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln</b><br/> <input type="checkbox"/> Schadstoffe im Trinkwasser<br/> <input type="checkbox"/> Dentalmaterialien<br/> <input type="checkbox"/> Medikamente<br/> <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....<br/> <small>(Mehrereangaben möglich)</small></p>   |  |
| <p>*Die Frage ist bei jedem expositionalen Beschwerdenbeginn zu bejahen (nicht nur bei einer Initialexposition im Sinne des MCS-Konzeptes).<br/> Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also kein Alkohol- und Tabakkonsum. Dagegen sind Passivauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.<br/> Klassische Allergene, wie z.B. Pollen- und Hausstauballergene, sind hier nicht gemeint.</p> <p><b>21. Ergab die Befragung des Patienten (Fragebogen plus Anamneseerhebung) aus ärztlicher Sicht plausible Anhaltspunkte für eine <u>frühere erhöhte Exposition des Patienten</u>?</b></p> <p>a) <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar</p> <p>↓</p> <p>im Bereich: .....<br/> .....</p>   |  |

Anmerkung: In der ersten Rubrik „Expositionsort“ bitte nur ein Kreuz (bei mehreren Expositionsorten bitte „Sensitier-Bereich“ angeben und Freifeld-ausfüllen). In den übrigen Rubriken sind Mehrfachnennungen möglich, wobei der jeweilige Hauptfaktor aber zusätzlich mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnet werden soll.  
Die Frage 18b befindet sich auf Seite 21-1.

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnung   | <input checked="" type="checkbox"/> Wochendhaus/Ferienhaus |
| <input type="checkbox"/> Wohnumfeld  |  |
| <input type="checkbox"/> gewerblicher Arbeitsplatz                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Büroarbeitsplatz o. ännl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)         |  |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln |  |
| Trinkwasser  |  |
| Dentalmaterialien  |  |
| Medikamente  |  |
| Sonstiges: .....<br><small>(Mehrfachangaben möglich)</small>                           |  |

b) eine **aktuelle erhöhte Exposition des Patienten?**

ja       nein

↓

im Bereich:

Wohnung

Schadstoffe/Wochenendhaus/Ferienhaus

Wohnumfeld

gewerblicher Arbeitsplatz

Büroarbeitsplatz o. ännl. Arbeitsplatz (z. B. Schule)

Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln

Schadstoffe

Dentalmaterialien

Medikamente

Sonstiges: .....  
(Mehrfachangaben möglich)

Anmerkung: Die vorstehend erbetenen Angaben stützen sich alleine auf die Befragung des Patienten (**Expositionsanamnese**), es handelt sich dabei um eine ärztliche Einschätzung.  
Eine Exposition gegenüber „klassischen Allergenen“ ist hier nicht zu berücksichtigen, also z.B. **keine Pollen- und Hauststauballergen-Exposition**.  
Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also kein Alkohol- und Tabakkonsum.  
Dagegen sind Passivrauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.  
Falls Passivrauchen alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.  
Falls eine Trinkwasserkontamination alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.  
Bei Expositionen, die seit einem längeren Zeitraum bestehen, ist sowohl a) „frühere Exposition“ als auch b) „aktuelle Exposition“ anzugeben.

| <b>Befunde und Diagnosen anderer Untersucher</b>  |   |                                     |                               |       |                               |                               |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------------------------------|
| Hat der Patient Fremdbefunde/Vorbefunde vorgelegt?  |   |                                     |                               |       |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein → Falls nicht, dann weiter mit Frage 2! |                                     |                               |       |                               |                               |
| 22. Welche <b>Fremdbefunde</b> (Vorbefunde und aktuelle externe Befunde) hat der Patient vorgelegt? |   |                                     |                               |       |                               |                               |
| ↓   |   |                                     |                               |       |                               |                               |
| <b>Umweltmonitoring-Befunde (Innenraum etc.)</b>  |   |                                     |                               |       |                               |                               |
| - Erschienen die Untersuchungen problemadäquat?   |   |                                     |                               |       |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> ja, alle   | <input type="checkbox"/> teilweise                                    |                                     |                               |       |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar                            |                                     |                               |       |                               |                               |
| Erschienen die Messergebnisse verlässlich?  |   |                                     |                               |       |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> ja, alle   | <input type="checkbox"/> teilweise                                    |                                     |                               |       |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar                            |                                     |                               |       |                               |                               |
| Gab es auffällige Befunde?  |   |                                     |                               |       |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> ja, alle   | <input type="checkbox"/> teilweise                                    |                                     |                               |       |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar                            |                                     |                               |       |                               |                               |
| Um welche <b>auffälligen Befunde</b> handelt es sich?   |   |                                     |                               |       |                               |                               |
| Parameter   | Untersuchungs-material, Probenahme                                    | Messergebnis (Zahlwert und Einheit) | Referenzwert, Referenzbereich | Datum | Befund überprüft <sup>1</sup> | Befund bestätigt <sup>2</sup> |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
|   |   |                                     |                               |       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| </td  |   |                                     |                               |       |                               |                               |

Gab es auffällige Befunde?  
 ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Um welche auffälligen Befunde handelt es sich?

| Parameter | Untersuchungs-material | Messergebnis<br>(Zahlenwert und Einheit) | Referenzwert | Datum | Befund<br>über-prüft? <sup>2</sup>                           | Befund<br>be-stätigt? <sup>2</sup>                           |
|-----------|------------------------|--|--------------|-------|--|--|
|           | B, S, P, U, Sp         |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |

B Vollblut; S Serum, P Plasma,  
U Urin (ggf spezifizieren: Spontanurin, Morgenurin, 24-h-Urin),  
Sp Speichel

#### DMPS-Test

Erschienen die Untersuchungen problemadäquat?  
 ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar  
Erschienen die Messergebnisse verlässlich?  
 ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar  
Gab es auffällige Befunde?  
 ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

| Parameter | Untersuchungs-material | Messergebnis<br>(Zahlenwert und Einheit) | Referenzwert | Datum | Befund<br>über-prüft? <sup>2</sup>                           | Befund<br>be-stätigt? <sup>2</sup>                           |
|-----------|------------------------|--|--------------|-------|--|--|
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |

ggf. ergänzen

#### □ Speichel-Test (auf Dentalmaterial-Inhaltsstoffe)

Erschienen die Untersuchungen problemadäquat?  
 ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Erschienen die Messergebnisse verlässlich?  
 ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Gab es auffällige Befunde?  
 ja, alle     ja, teilweise     nein     nicht beurteilbar

Um welche auffälligen Befunde handelt es sich?

| Parameter | Untersuchungs-material | Messergebnis<br>(Zahlenwert und Einheit) | Referenzwert | Datum | Befund<br>Test-durchführung                                  | Messergebnis<br>(Zahlenwert und Einheit)                     | Referenzwert,<br>Referenzbereich | Datum | Befund<br>Über-prüft? <sup>2</sup>                           | Befund<br>bestätigt? <sup>2</sup>                            |
|-----------|------------------------|--|--------------|-------|--|--|----------------------------------|-------|--|--|
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |                                  |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |                                  |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |                                  |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |                                  |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |                                  |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |                                  |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|           |                        |  |              |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |                                  |       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |

ggf. ergänzen

#### □ Haarmineralanalyse

Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? .. ja  ja  nein    nb   
- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? .. ja  ja  nein    nb   
- Gab es auffällige Befunde? .....

#### ↓ PET/SPECT

Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? .. ja  ja  nein    nb   
- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? .. ja  ja  nein    nb   
- Gab es auffällige Befunde? .....

#### □ Untersuchungen zum Fremdstoffmetabolismus

(Phänotypisierung oder Genotypisierung)  
- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? .. ja  ja  nein    nb   
- Gab es auffällige Befunde? .....

Klinisch-ökologische Diagnose-Methoden  
(z. B. Provokations-Neutralisations-Test)  
- Welche Verfahren?  
- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? .. ja  ja  nein    nb   
- Gab es auffällige Befunde? .....

↓

| <p><b>Sonstige unkonventionelle diagnostische Verfahren zum „Nachweis einer Vergiftung“ (z. B. Elektroakupunktur n. Voll, Bioresonanz-Diagnostik)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Verfahren? ..... <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</li> <li>- Erschienen die Untersuchungen problemadäquat? ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</li> <li>- Gab es auffällige Befunde? ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</li> </ul> <p>Wenn ja, welche? .....</p>   |  | <p><b>Vorbefunde aufgrund der allgemeinen klinischen Diagnostik</b> (einschließlich Allergiediagnostik, Labordiagnostik, bildgebende Verfahren usf.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gab es hierbei auffällige Befunde? ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</li> </ul>  |             |                                     |  |          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|-------------|-------------------------------------|--|----------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p><b>24. Hat der Patient persönliche Aufzeichnungen oder eine persönlich angelegte Befunddokumentation mitgebracht?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt</p> <p>↓</p> <p>Wie würden Sie die mitgebrachten Unterlagen im <b>Verhältnis zum bestehenden Umwelt-Gesundheitsproblem insgesamt einschätzen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sie erscheinen nach Art und Ausmaß durchaus problemadäquat<br/> <input type="checkbox"/> Sie erscheinen nach Art und Ausmaß eher unangemessen <b>unzureichend</b></p>   |  | <p><b>25.2 (vorgezogen): Ergab die verfügbaren Vorbefunde aus ärztlicher Sicht ausreichende Anhaltspunkte für</b></p> <p>a) <b>eine frühere erhöhte Exposition des Patienten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>↓</p> <p>im Bereich:</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Wochendorfhaus/Ferienhaus <input type="checkbox"/> Wohnumfeld <input type="checkbox"/> gewerblicher Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule) <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnumfeld <input type="checkbox"/> Wochendorfhaus/Ferienhaus <input type="checkbox"/> gewerblicher Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule) <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Trinkwasser <input type="checkbox"/> Dentalmaterialien <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....<br/> <small>(Mehrfachangaben möglich)</small></p> <p>b) <b>eine aktuelle erhöhte Exposition des Patienten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>↓</p> <p>im Bereich:</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Wochendorfhaus/Ferienhaus <input type="checkbox"/> Wohnumfeld <input type="checkbox"/> gewerblicher Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule) <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Wochendorfhaus/Ferienhaus <input type="checkbox"/> gewerblicher Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule) <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnumfeld <input type="checkbox"/> Wochendorfhaus/Ferienhaus <input type="checkbox"/> gewerblicher Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Büroarbeitsplatz o. ähnl. Arbeitsplatz (z. B. Schule) <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel bzw. Rückstände/Schadstoffe in Nahrungsmitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Trinkwasser <input type="checkbox"/> Dentalmaterialien <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....<br/> <small>(Mehrfachangaben möglich)</small></p> |             |                                     |  |          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Welche Fremddiagnosen (z. B. <u>Vordiagnosen</u>) wurden im Zusammenhang mit den <b>bestehenden Gesundheitsproblemen des Patienten gestellt</b> (soweit Unterlagen verfügbar)?</b></p> <p>Gemeint sind hier nicht „Konsil-Diagnosen“, sondern die Diagnosen anderer, nicht in die Studie eingebundener Untersucher.</p> <p>Bitte nur Fremddiagnosen angeben, die in Verbindung mit der jetzigen Problemstellung stehen.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Datum des Diagnose-Diagnosevermerks</th> <th>Fachrichtung des Diagnosikers (auch Teilgebiete angeben)</th> <th>Diagnose</th> <th>Armerkungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Bitte in Druckschrift ausfüllen!</p> |  |   |             | Datum des Diagnose-Diagnosevermerks | Fachrichtung des Diagnosikers (auch Teilgebiete angeben) | Diagnose | Armerkungen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Datum des Diagnose-Diagnosevermerks   | Fachrichtung des Diagnosikers (auch Teilgebiete angeben) | Diagnose  | Armerkungen |                                     |  |          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |             |                                     |  |          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |             |                                     |  |          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |             |                                     |  |          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |             |                                     |  |          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |             |                                     |  |          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also kein Alkohol- und Tabakkonsum.  
 Dagegen sind Passivrauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.  
 Falls Passivrauchen alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.  
 Falls eine Trinkwasserkontamination alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.  
 Bei Expositionen, die seit einem längeren Zeitraum bestehen, ist sowohl a) „frühere Exposition“ als auch b) „aktuelle Exposition“ anzugeben.

|   |
|---|
| <b>Aktuell durchgeführte Untersuchungen und deren Ergebnisse</b><br>(gilt für den primären Betreuungszeitraum im Zentrum)                                     |
| <b>26. Welche Untersuchungen wurden im Rahmen der Studie im regionalen Zentrum durchgeführt und mit welchen Ergebnissen?</b><br>(ohne Nachuntersuchungsphase) |

|  |
|--|
| <b>25. Ergaben die verfügbaren Vorbefunde Anhaltspunkte für eine erhöhte Fremdstoff-Exposition des Patienten?</b>  |
| <b>Von a) hygg.-ausschl. präventivmed. Relevanz?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilb. |
| <b>Von b) toxikol.-klinischer Relevanz?</b> ... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilb.      |

Nicht beurteilb. = Nicht beurteilbar, fraglich, unklar.  
 Auf eine Unterscheidung in ältere Befunde (>12 Monate) und neuere Befunde (<12 Monate) wurde verzichtet.

**Zu a)** Lediglich erhöhte Fremdstoff-Exposition ohne klinische Relevanz (keine adversen Effekte nachweisbar/plausibel); hier stehen in erster Linie chemische Stoffe im Sinne von Umweltchemikalien/-schadstoffen zur Diskussion, wie z.B. Innenraum-Schadstoffe, chemische Trinkwasser-Kontaminanten, aber auch Inhaltsstoffe von Gebrauchsprodukten und Dentalmaterialien (keine Medikamente, keine klassischen Allergene, keine Schimmelpilze).  
**Zu b)** Erhöhte Fremdstoff-Exposition, die mit hinreichender Evidenz für pathologische Befunde und/oder Symptome des Patienten verantwortlich gemacht werden konnte (Experten einschätzung – regionale Fallkonferenz), Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!!!

|  |
|--|
| <b>25 a. Ergaben die verfügbaren Vorbefunde Anhaltspunkte für eine erhöhte Schimmelpilz-Exposition des Patienten?</b>                                |
| <b>Von a) ausschl. präventivmed. Relevanz?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilb.   |
| <b>Von b) toxikol.-allergol.-klin. Relevanz?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilb. |

Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!!!

|  |
|--|
| <b>a) Ortsbegehung/Umgebungsuntersuchung</b>   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ <input type="checkbox"/> Wohnungsbegehung <input type="checkbox"/> Wohnraumfeldbegehung <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbegehung <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <b>Umgebungsmessungen („ambient monitoring“)</b><br><b>Ergbnisse:</b><br><input type="checkbox"/> e-B... <input type="checkbox"/> auffällige Befunde erhöhte Werte (bitte nähere Angaben!):  |
| <b>b) Expositionsbiomonitoring (Fremdstoffe in Blut, Urin etc.)</b>  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ <input type="checkbox"/> Messergebnisse: _____<br><input type="checkbox"/> auffällige Werte <input type="checkbox"/> erhöhte Werte (bitte nähere Angaben!):              |
| <b>c) Effektkontrollen/toxikologische Recherchen</b>   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ <b>Ergbnis:</b> <input type="checkbox"/> e-B... <input type="checkbox"/> auffällige Befunde: _____   |
| <b>d) Produktrecherchen/toxikologische Recherchen</b>  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |
| <b>e) Körperfürliche Untersuchung</b>  |

nein  
 ja ⇒ Ergebnis:  o.-B.  
 auffällige  
 Befunde:.....

**Phänotypisierung?** (Enzymaktivität ...)

ja  
 nein

**Genotypisierung?**

ja  
 nein

**f) Labormedizinische Diagnostik** (ausgenommen Allergie-Diagnostik)

nein  
 ja ⇒ Ergebnis:  o.-B.  
 auffällige Befunde:.....

**g) Allergologische Diagnostik**

nein  
 ja  
 ↓ Zutreffendes bitte ankreuzen  
 Auffälliger Befund?

| Methode/Parameter           | Anmerkungen |
|-----------------------------|-------------|
| Prick-Test                  |             |
| Scratch-Test                |             |
| Reibtest                    |             |
| Intrakutantest              |             |
| Patch-Test (Epikutant-Test) |             |
| Gesamt-IgE                  |             |
| Spezifische IgE             |             |
| Nasale Provokation          |             |
| Bronchiale Provokation      |             |
| DBPCFC*                     |             |

\*Double-Blind Placebo-Controlled Food Challenge

**h) Lungentunktionsprüfung**

nein  
 ja ⇒ Ergebnis:  o.-B.  
 auffällige Befunde:.....

**i) Bildgebende Verfahren**

nein  
 ja ⇒  SPECT →  o.-B. →  o.-B.  
 PET →  o.-B. →  o.-B.  
 ⇒  Sonstige: ..... →  o.-B. →  auffälliger Befund  
 →  o.-B. →  auffälliger Befund  
 →  o.-B. →  auffälliger Befund

**j) Untersuchungen zum Fremdstoffmetabolismus**

| ↓ Zutreffendes bitte ankreuzen |                               | Enzyme | Ergebnisse |
|--------------------------------|-------------------------------|--------|------------|
| <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein | CYP1A1 |            |
|                                |                               | CYP2D6 |            |
|                                |                               | CYP2E1 |            |
|                                |                               | GSTM1  |            |
|                                |                               | GSTT1  |            |
|                                |                               | NAT2   |            |

|   |
|---|
| <b>k) Psychometrie-Inventar</b>   |
| <input type="checkbox"/> „Fragebogen zur Gesundheit“  |
| <input type="checkbox"/> CDI-Version des MCS-Forschungsverbundes (computergestütztes psychiat. Interview) |
| <input type="checkbox"/> Zusätzliche psychometrische Tests  |

**l) Weitere Diagnostik**

|                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | ⇒ welche? ..... → Ergebnis: ..... |
| <input type="checkbox"/> ja   | ⇒ welche? ..... → Ergebnis: ..... |
|                               | ⇒ welche? ..... → Ergebnis: ..... |
|                               | ⇒ welche? ..... → Ergebnis: ..... |

**27. Welche konsiliарischen Untersuchungen wurden durchgeführt?**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Psychosomatik |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie   | <input type="checkbox"/> Psychiatrie   |
| <input type="checkbox"/> Pädiatrie      | <input type="checkbox"/> Sonstige:     |
| <input type="checkbox"/> HNO            |  |
| <input type="checkbox"/> Neurologie     | .....                                  |

### Zusammenfassend:

#### 28. Ergab die aktuelle Untersuchung verlässliche Anhaltspunkte für

##### (1) eine frühere erhöhte Exposition des Patienten

von b)

##### toxikol.-klin. Relevanz?

ja  nein  nb

ja  nein  nb

im Bereich:

- Wohnung
- Wochenhendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl.
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände ...
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges

##### (2) eine aktuelle erhöhte Exposition des Patienten

von b)

##### toxikol.-klin. Relevanz?

ja  nein  nb

ja  nein  nb

im Bereich:

- Wohnung
- Wochenhendhaus/Ferienhaus
- Wohnumfeld
- gewerblicher Arbeitsplatz
- Büroarbeitsplatz o. ähnl.
- Nahrungsmittel bzw. Rückstände ...
- Trinkwasser
- Dentalmaterialien
- Medikamente
- Sonstiges

Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!!!

Zu den Expositionsbereichen:

Eine Exposition gegenüber „klassischen Allergenen“ ist hier nicht zu berücksichtigen, also z.B. keine Pollen- und Hausstauballergien-Exposition.  
Bitte nur unfreiwillige Expositionen angeben, also kein Alkohol- und Tabakkonsum.

Dagegen sind Passivrauchen (unter „Sonstiges“) und Medikamente anzugeben, falls sie der Patient mit seinen Beschwerden ursächlich in Verbindung bringt.  
Falls Passivrauchen alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.

Falls eine Trinkwasserkontamination alleine das Problem darstellt und in der Wohnung sonst keine weitere Exposition angegeben wird, ist „Wohnung“ nicht anzukreuzen.  
Bei Expositionen, die seit einem längeren Zeitraum bestehen, ist sowohl a) „frühere Exposition“ als auch b) „aktuelle Exposition“ anzugeben.

#### 28 a. Ergaben die aktuellen Untersuchungsbefunde Anhaltspunkte für raumklimatische Besonderheiten

von a) ausschl. präventivmed. Relevanz?  Ja  Nein  Nicht beurteilb.

von b) klinischer Relevanz? .....  Ja  Nein  Nicht beurteilb.

Zu a) Zum Beispiel zu geringe Luftfeuchte ohne klaren Bezug zur Symptomatik.

Zu b) Zum Beispiel zu geringe Luftfeuchte mit klarem Bezug zur Symptomatik.

Falls b) bejaht wird, ist a) zu verneinen!!

#### 28 b. Ergaben die aktuellen Untersuchungsbefunde Anhaltspunkte für eine erhöhte Schimmelpilz-Exposition des Patienten?

von a) ausschl. präventivmed. Relevanz?  Ja  Nein  Nicht beurteilb.

von b) toxikol.-allergol.-klin. Relevanz?  Ja  Nein  Nicht beurteilb.

29. Falls die Untersuchung Anhaltspunkte für eine frühere, erhöhte Exposition ergab: Ist diese im Sinne einer Initialexposition zu werten?

ja  nein  unklar

30. Ergab die aktuelle umweltmedizinische Untersuchung hinfällige Anhaltspunkte für eine besondere somatische Suszeptibilität des Patienten?

nein  unklar  
 ja ⇒ Wie wurde die besondere Empfindlichkeit des Patienten festgestellt?

- anamnestisch
- durch klinische (in vivo) Tests → welche? ....
- durch Laboruntersuchungen → welche? ....

nb = nicht beurteilbar (bzw. fraglich, unklar)

Zu a) Erhöhte Fremdstoff-Exposition ohne klinische Relevanz (keine adversen Effekte nachweisbar/plausibel); hier stehen in erster Linie chemische Stoffe im Sinne von Umweltchemikalien/-schadstoffen zur Diskussion, wie z.B. Innenraum-Schadstoffe, chemische Trinkwasser-Kontaminanten, aber auch Inhaltsstoffe von Gebrauchsprodukten und Dentalmaterialien (keine Medikamente, keine klassischen Allergene, keine Schimmelpilze).

Zu b) Erhöhte Fremdstoff-Exposition, die mit hinreichender Evidenz für pathologische Befunde und/oder Symptome des Patienten verantwortlich gemacht werden konnte (Experten einschätzung – regionale Fallkonferenz).

#### 31. Ergab die aktuelle diagnostische Abklärung hinfällige Anhaltspunkte

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- für eine organische Erkrankung? ..... <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</li> <li>- für eine funktionelle Störung oder Befindensstörung ohne klaren psychodiagnostischen Befund? ..... <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</li> <li>- für psychische/psychosomatische Störungen? ..... <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</li> </ul> <p>nb = nicht beurteilbar (bzw. fraglich, unklar)</p> <p><b>Die Frage bezieht sich sowohl auf die Diagnostik im eigenen Zentrum als auch auf aktuelle Diagnostik außerhalb des Zentrums, soweit hierzu verlässliche Angaben vorliegen.</b></p> <p><b>Zur Einstufung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn nur eine funktionelle Störung/Befindlichkeitsstörung vorliegt, muss die zweite Zeile mit „ja“ beantwortet werden.</li> <li>- Wenn eine funktionelle Störung/Befindlichkeitsstörung mit klarem psychodiagnostischem Befund vorliegt, dann muss die zweite Zeile mit „nein“ und die dritte Zeile mit „ja“ beantwortet werden.</li> </ul> | <p><b>32. Wurde durch die Untersuchungen eine bisher nicht festgestellte (ggf. übersehene) Erkrankung diagnostiziert?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein<br/> <input checked="" type="checkbox"/> ja <math>\Rightarrow</math> welche?</p> <p>.....</p> |
|--|--|

|   |           |                          |
|---|-----------|--------------------------|
| <b>33. Hat der Patient im Zusammenhang mit seinem Aufenthalt in der Ambulanz/Klinik</b>           | <b>ja</b> | <b>nein</b>              |
| - über die örtlichen Bedingungen geklagt (z. B. über schlechte Raumluftqualität in der Ambulanz)? | .....     | <input type="checkbox"/> |
| - über dadurch bedingte Gesundheitsbeschwerden geklagt? .....                                     | .....     | <input type="checkbox"/> |
| - die Untersuchung aufgrund der örtlichen Bedingungen abgebrochen?                                | .....     | <input type="checkbox"/> |

nb = nicht beurteilbar (bzw. fraglich, unklar)  
Die Frage bezieht sich sowohl auf die Diagnostik im eigenen Zentrum als auch auf aktuelle Diagnostik außerhalb des Zentrums. Sowohl hierzulande verlässliche Ausnahmen vorliegen

- |   |   | Diagnose(n) und ätiologische Beurteilung                                     |                               |
|---|---|--|-------------------------------|
|   |   | 34. Welche Diagnose(n) wurde(n) im regionalen Zentrum abschließend gestellt? |                               |
| - | für eine organische Erkrankung? .....               | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/> |
| - | für eine funktionelle Störung oder Befindensstörung | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/> |
| - | ohne klaren psychodiagnostischen Befund? .....      | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/> |
| - | für psychische/psychosomatische Störungen? .....    | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/> |
| - |   | nb <input type="checkbox"/>  | nb <input type="checkbox"/>   |

## Diagnose(n) und ätiologische Beurteilung

### **34. Welche Diagnose(n) wurde(n) im regionalen Zentrum abschließend gestellt?**

|                                |                  |                                    |
|--------------------------------|------------------|------------------------------------|
| <b>Diagnose (Bezeichnung)*</b> | ICD-10-Codierung | Dauer und Verlauf der Erkrankung** |
|--------------------------------|------------------|------------------------------------|

- "Einstellung:*  
Wenn nur eine funktionelle Störung/Befindlichkeitsstörung vorliegt, muss die zweite Zeile mit „ja“ beantwortet werden.  
Wenn eine funktionelle Störung/Befindlichkeitsstörung mit klarem psychodiagnostischem Befund vorliegt, dann muss die zweite Zeile mit „nein“ und die dritte Zeile mit „ja“ beantwortet werden.

32. Wurde durch die Untersuchungen eine bisher nicht festgestellte (ggf. übersehene) Erkrankung diagnostiziert?

nein     ja     $\Rightarrow$  welche?

THE JOURNAL OF

35. „Erklären“ die gestellten Diagnosen\* die vom Patienten angegebenen Beschwerden und die vorliegenden medizinischen Befunde hinreichend?

ja     nein     unklar, fraglich

trifft nicht zu,  
da keine eindeutige Diagnose gestellt wurde

Wenn ja, welche Diagnose(n)?

\*\* Tage/Wochen/Monate/Jahre (falls möglich: genauere Zeitangaben)

וְעַתָּה תִּשְׁמַח אֶת-בְּנֵי יִשְׂרָאֵל וְעַתָּה תִּשְׁמַח אֶת-בְּנֵי יִשְׂרָאֵל

35. „Erklären“ die gestellten Diagnosen\* die vom Patienten angegebenen Beschwerden und die vorliegenden medizinischen Befunde hinreichend?

ja     nein     unklar, fraglich     trifft nicht zu,  
da keine eindeutige Diagnose gestellt wurde

Wenn ja, welche Diagnose(n)?

33. Hat der Patient im Zusammenhang mit seinem Aufenthalt in der Ambulanz/Klinik

- |   |                          |                                     |                          |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| - über die örtlichen Bedingungen geklagt (z. B. über schlechte Raumluftqualität in der Ambulanz)? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - über dadurch bedingte Gesundheitsbeschwerden geklagt? .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - die Untersuchung aufgrund der örtlichen Bedingungen abgebrochen?                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkung zu Frage 33: .....

**35 a) Wurden Befindlichkeitsstörungen festgestellt oder Subschwellen-Diagnosen gestellt, die mit den vom Patienten angegebenen Beschwerden kompatibel sind bzw. diese hinreichend „erklären“?**

ja       nein       unklar, fraglich       trifft nicht zu,  
da keine Befindlichkeitsstörung festgestellt /  
keine Subschwellen-Diagnose gestellt wurde

36. Gibt es daneben weitere Verdachtsdiagnosen?

ja

→ welche?

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>37. Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen des Patienten zum Zeitpunkt des (vorläufig) letzten Ambulanzbesuches <b>Kontaktes</b> ein?</b> | sehr stark <input type="checkbox"/> |
|   | stark <input type="checkbox"/>      |
|   | mäßig <input type="checkbox"/>      |
|   | leicht <input type="checkbox"/>     |
| „Körperliche“ Beschwerden .....   | <input type="checkbox"/>            |
| „Seelische“ Beeinträchtigungen .....  | <input type="checkbox"/>            |
| Soziale Beeinträchtigungen.....   | <input type="checkbox"/>            |
| Beeinträchtigungen im Alltag u. Beruf ...   | <input type="checkbox"/>            |

## Kausalitätsbeurteilung

38. Wie wahrscheinlich ist ein kausaler Zusammenhang zwischen Umweltnoxen und den berichteten Gesundheitsbeschwerden (resp. den gestellten Diagnosen)?

- unwahrscheinlich
  - möglich, aber nur wenig wahrscheinlich  $\Rightarrow$   nur als Teilzusammenhang
  - wahrscheinlich  $\Rightarrow$   nur als Teilzusammenhang
  - sehr wahrscheinlich  $\Rightarrow$   nur als Teilzusammenhang

ein Zusammenhang ist nicht beurteilbar:

  - wegen fehlender Daten
  - wegen unzureichendem Erkenntnisstand

**9. Falls der (Teil-)Zusammenhang als wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich einzuschätzen ist: Auf welche Expositionsfaktoren und welche Symptome/Befunde/Diagnosen bezieht sich die Kausalitätseinschätzung?**

**40.** Liegt bei dem Patienten nach Einschätzung der betreuenden Ärzte (des regionalen Zentrums) eine umweltbedingte Erkrankung im engeren Sinne vor?

- |  |   |   |                                       |   |   |
|--|---|---|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> unklar, fraglich                             | <input type="checkbox"/> ja           | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> unklar, fraglich                             |
| <b>Handelt es sich dabei um eine multiple chemische Sensitivität (MCS) im engeren Sinne, d. h. um eine (nicht psychosomatisch erklärbare) somatische Überempfindlichkeit gegenüber verschiedenen Umweltaggressionen?</b> |   |   |                                       |   |   |
| <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> unklar, fraglich                             | <input type="checkbox"/> ja           | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> unklar, fraglich                             |
| <input type="checkbox"/> arbeitsfähig  | <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (da z. B. Kind oder Rentner) | <input type="checkbox"/> arbeitsfähig | <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (da z. B. Kind oder Rentner) |

Beratungs- und Therapieangebot

## 42. Wurden dem Patienten von Ihrer Seite spezielle Empfehlungen zur Expositionsermeidung oder -verminderung gegeben?

- nein
  - ja, und zwar:
    - Bestimmte Nahrungsmittel meiden
    - Rotationsdiät
    - „Biolog.“ angebaute Nahrungsmittel“ verzehren
    - Bestimmte Bedarfsprodukte meiden
    - Sanierung im häuslichen Bereich (z. B. Möbelstücke, Fußbodenbelag entfernen)
    - Maßnahmen am Arbeitsplatz
    - Bestimmte Medikamente meiden
    - Zahnsanierung (Entfernung von Amalgamfüllungen o. ä.)
    - Sonstige Expositionsminderungsempfehlungen: .....

43. Wurde dem Patienten von Ihrer Seite ein konkretes Therapieangebot unterbreitet?

- nein  $\Rightarrow$  Bitte weiter mit Frage 44  
 ja

↳ 43a) Welches Therapieangebot wurde dem Patienten im Betreuungszeitraum konkret gemacht? Hat der Patient das Angebot - soweit im Beratungsgespräch erkennbar - angenommen?

| Unterbietetes Therapieangebot | Vom Patienten angenommen? |                                     |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
|                               | JA                        | NEIN                                |
| Ernährungsberatung            | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Kaltgepresste Öle             | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nahrungserg.-Stoffe           | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ultraclear/Sustain            | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> |



### Einstufung auf der Studien-Eingangsebene ( $E_0$ ):

54. Hatte der Patient beim Erstkontakt den Verdacht, an „MCS“ erkrankt zu sein  
 (= selbstberichtete MCS-Erkrankung = sMCS)?

- Ja  
 Nein  
 Patient konnte dazu keine Angabe machen („weiß nicht“)  
 Status des Pat. auf Ebene  $E_0$  nicht bekannt

Frage 55 (Ebene 1) entfällt!

56. Einstufung nach Abschluss der Diagnostik und der regionalen Fallkonferenz (Ebene  $E_2$ ) unter der Voraussetzung einer ... somatischen MCS-Erkrankung:

- Zu den Fallkriterien für ein somatologisches MCS-Konzept s. das nachstehende Schema (Kästen).
- Patient wurde in die MCS2-Gruppe somatisch aufgenommen  
 Patient wurde in die Gruppe der übrigen Umweltambulanz-Patienten aufgenommen  
 (= Nicht-MCS2-Gruppe = interne Vergleichsgruppe)
- Einordnung in eine der vorstehenden Gruppen nicht mit ausreichender Evidenz möglich

| Art des Kriteriums                    | Ausprägung des Kriteriums (Beurteilung erfolgt nach diagnostischer Abklärung)   |
|---------------------------------------|---|
| Beginn, Initialphase                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Störung ist irgendwann im Leben aufgetreten, hat vorher nicht bestanden, ist also „erworben“.</li> <li>Einschleichen/Beginn möglich.</li> <li>Falls initiale Exposition/Z-eeriegen berichtet wird, bitte angeben!</li> </ul>   |
| Auslöser, Triggerung                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Symptome kommen und gehen in Abhängigkeit von der Exposition, sind also nach Angaben des Patienten expositionsabhängig und bei Reexposition reproduzierbar.</li> <li>Die Patienten sind zwischen den Expositionsepisoden nicht unvollständig beschwerdefrei. Zeitliche Expositions-Wirkungs-Beziehung muss aber erkennbar/plausibel sein.</li> </ul>   |
| Chronizität                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Es handelt sich um ein „chronisches“ Leiden; nur Patienten mit einer Erkrankungsdauer von mehr als 6 Monaten werden in die MCS-Gruppe einbezogen.</li> <li>Bei längeren Krankheitsverlauf ist die Abhängigkeit von Expositionssituationen aufgrund der Chronifizierung möglich/erweise nicht mehr so ausgeprägt.</li> </ul>  |
| Auslöser, Einflussfaktoren            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Auslösung erfolgt (nach subjektiver Wahrnehmung des Patienten) durch verschiedene chemische Stoffe, an verschiedenen Orten und in verschiedenen Expositionssituationen.</li> <li>Physikalische u. biologische Einflüsse können ebenfalls angegeben werden; die Einschlusskriterien sind jedoch nur bei zusätzlicher Beteiligung chemischer Stoffe erfüllt.</li> <li>Eine Unverträglichkeit gegenüber Einzelstoffen oder Einzelstoffklassen genügt nicht für die Einordnung in die MCS-Gruppe.</li> </ul> |
| Expositionsniveau, Dosis              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Es handelt sich um niedrige Expositionsniveaus, die von anderen Personen im Allgemeinen toleriert werden.</li> </ul>   |
| Beschwerdebereiche, betroffene Organe | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mehrere Beschwerdebereiche bzw. Organe oder Organsysteme sind betroffen (d.h. mehr als ein Beschwerdebereich).</li> </ul>  |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Diagnostische Tests u. Parameter | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die berichteten Beschwerden lassen sich nicht durch eine bekannte Erkrankung des Patienten erklären (auch nicht durch eine psychische oder psychosomatische Störung).</li> </ul>   |
| Ausschlusskriterien              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erkrankungsdauer &lt; 6 Monate.</li> <li>Unverträglichkeit gegenüber einem Einzelstoff.</li> <li>Unverträglichkeit nur gegen nicht-chemische Einflussfaktoren.</li> <li>Klar definierte Erkrankungen, durch die sich die Beschwerden hinreichend erklären lassen.</li> </ul> |

- Wesentliche Fallcharakteristika sind:
- mehrere Exposition (von geringer Intensität, die bei anderen Personen keine Symptome macht);
  - mehrere Symptomatik (mehrere Beschwerdebereiche oder Organsysteme betroffen);
  - chronisches Leiden (Erkrankungsdauer > 6 Monate);
  - keine stichhaltigen Hinweise auf eine mit der Symptomatik kompatible Gesundheitsstörung/Krankheit; Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen, die mit hinreichender Sicherheit diagnostiziert werden können, sind aus der MCS-Fallgruppe auszuschließen sofern
    - a) keine tragfähigen Belege für einen Expositionen-Wirkungs-Zusammenhang bestehen und b) die Symptome durch die diagnostizierten Störungen hinreichend „erklärt“ sind.

- 56a) Einstufung nach Abschluss der Diagnostik und der regionalen Fallkonferenz (Ebene  $E_2$ ) unter Zugrundelegung eines „psychosomatischen MCS-Konzeptes“\*
- \*Der Begriff „psychosomatik“ wird hier im weiteren Sinne verwendet, d.h. unter Einbeziehung von physiologischen Modellvorstellungen und von Subschwellen-Störungen. Die Patienten erfüllen phänomenologisch die psychosomatische Störungen kein Grund für einen Ausschluss aus der MCS-Gruppe darstellen.
- Patient wurde in die MCS2-Gruppe-psychosomatisch aufgenommen  
 Patient wurde in die Gruppe der übrigen Umweltambulanz-Patienten aufgenommen  
 (= Nicht-MCS2-Gruppe = interne Vergleichsgruppe)
- Einordnung in eine der vorstehenden Gruppen nicht mit ausreichender Evidenz möglich

### Fallvorstellungen:

57. Ist eine Fallvorstellung im Zentrum erfolgt? ja  nein
58. Ist eine Fallvorstellung in der überregionalen Projektgruppe (bei einem Projekttreffen) gewünscht/erforderlich?
- ja, unbedingt erforderlich  
 ja, nach Möglichkeit (wünschenswert)  
 nein
- Datum: ..... Name der Ärztin/des Arztes: ..... (in Druckbuchstaben)



# **Nacherhebungsbogen**

## **(Telefoninterview)**



# Nacherhebungsbogen

## für einen dreijährigen Follow-up-Zeitraum

### – Telefoninterview –

---

#### **Umweltmedizinischer Forschungsverbund:**

Robert Koch-Institut, Berlin (Studienzentrum)  
Universitätsklinikum der RWTH Aachen  
Universitätsklinikum Charité der Humboldt-Universität zu Berlin  
Fachkrankenhaus Nordfriesland, Bredstedt  
Universitätsklinikum Freiburg  
Universitätsklinikum Giessen  
Ludwig-Maximilians-Universität München



# MCS-Studie, Teil II

## Nacherhebungsbogen für einen dreijährigen Follow-up-Zeitraum - Telefoninterview -

### Vorblatt (verbleibt im Zentrum)

Patientenangaben nach Aktenlage

|   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| Zentrum:  |                                       |   |
| Patienten-ID:   |                                       |   |
| Nachname:   | Vorname:                              |   |
| Geburtsdatum:   | Geschlecht:                           |   |
| PLZ/Wohnort:  |                                       |   |
| Straße:   |                                       |   |
| Telefon:  |                                       |   |
| Datum des letzten UMA-Termins im Rahmen der MCS-Studie I: |                                       |   |
| MCS-Einstufung auf Ebene 0 (BDB-F54):                     | <input type="checkbox"/> sMCS-Patient | <input type="checkbox"/> Nicht-sMCS-Patient |

Ankündigungsschreiben

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Anschreiben an damalige Adresse (s.o.) versendet mit Datum vom: |
| <input type="checkbox"/> Anschreiben an neue Adresse (s.u.) versendet mit Datum vom:     |

Telefonische Kontaktversuche (bitte jede telefonische Anwahl eintragen)

|    | Telefonnummer | Datum | Uhrzeit | Wen erreicht? | Bemerkung |
|----|---------------|-------|---------|---------------|-----------|
| 1. |               |       |         |               |           |
| 2. |               |       |         |               |           |
| 3. |               |       |         |               |           |
| 4. |               |       |         |               |           |
| 5. |               |       |         |               |           |
| 6. |               |       |         |               |           |
| 7. |               |       |         |               |           |
| 8. |               |       |         |               |           |
| 9. |               |       |         |               |           |

Patient konnte nach ..... Versuchen telefonisch nicht erreicht werden.

Aktuelle Patientenangaben (falls von den damaligen Angaben abweichend)

|              |
|--------------|
| PLZ/Wohnort: |
| Straße:      |
| Telefon:     |

# MCS-Studie, Teil II

## Nacherhebungsbogen für einen dreijährigen Follow-up-Zeitraum - Telefoninterview -

### Fragenteil (anonymisiert)

Zentrum: .....

Patienten-ID: .....

Das Interview wurde durchgeführt von: ..... Datum: .....

per Telefon       Face-to-Face

Dauer: ..... Minuten

Anmerkungen: .....

Patient konnte nach ..... Versuchen telefonisch nicht erreicht werden.

*Interviewervorstellung: (Name, Institution, Hinweis auf das vorausgegangene Anschreiben)*

Patient hat Ankündigungsschreiben

- erhalten
- nicht erhalten (*bitte Adresse überprüfen und ggf. neue Adresse aufnehmen*)

*Patientenidentifikation:*

Sind Sie Frau/Herr (s. Vorblatt, hier bitte keine Angaben notieren!)

geboren am (s. Vorblatt)

wohnhaft in (s. Vorblatt, ggf. neue Anschrift bitte auf dem Vorblatt eintragen!)

Sie waren vor ca. 3 Jahren bei uns in der Umweltmedizinischen Ambulanz zur Untersuchung? (**damaliger Ambulanztermin s. Vorblatt**)

- der Telefonpartner bestätigt die Richtigkeit aller ggf. korrigierten Angaben

*Anliegen nochmals beschreiben:*

Uns interessiert, wie sich Ihre Gesundheitsbeschwerden seit Ihrem Ambulanzbesuch vor ca. 3 Jahren entwickelt haben. Ich möchte Ihnen dazu anhand eines Fragebogens einige Fragen stellen. Danach haben Sie Gelegenheit, die Dinge anzusprechen, die wir mit unseren Fragen nicht erfasst haben.

**Wären Sie zu einer telefonischen Befragung bereit?**

- ja
- ja, aber nicht am Telefon, sondern in der Ambulanz  
*Persönlicher Termin in der Ambulanz: Datum/Uhrzeit: .....  
(Patienten darauf hinweisen, dass das Interview dort in gleicher Weise durchgeführt wird)*
- nein

**Wenn nein: Weshalb möchten Sie an der Befragung nicht teilnehmen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- keine Zeit
  - kein Interesse
  - die damalige Untersuchung hat mir wenig gebracht
  - die damalige Untersuchung hat mir gar nichts gebracht
  - andere Gründe, nämlich: .....
- .....

**Wie geht es Ihnen heute gesundheitlich im Vergleich zu damals vor ca. 3 Jahren?**

- beschwerdefrei
- besser
- unverändert
- schlechter
- weiß nicht
- keine Angabe

**Falls schlechter: Sind neue Beschwerden dazu gekommen?**

- ja
- nein
- weiß nicht
- keine Angabe

**Falls schlechter: Sind die alten Beschwerden stärker geworden?**

- ja
- nein
- weiß nicht
- keine Angabe

**Falls unverändert: Und sind das die selben Beschwerden wie damals?**

- ja, weitgehend die gleichen Symptome wie damals
- nein, eher andere Symptome
- weiß nicht
- keine Angabe

*Falls beschwerdefrei: Weiter mit Frage 5!*

**Wenn Sie an die letzten 14 Tage zurückdenken, welche Beschwerden hatten Sie in dieser Zeit hauptsächlich?**

*(Wenn mehr als 3 Beschwerden genannt werden, sind die 3 am stärksten beeinträchtigenden Beschwerden vom Patienten zu erfragen und hier zu notieren, die restlichen Angaben bitte unter Frage 4 Punkt 4.1. eintragen)*

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

**Haben Sie darüber hinaus zur Zeit noch weitere Beschwerden?**

*(Beschwerden innerhalb der vergangenen 14 Tage, wie in Frage 3)*

- ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

*Wenn ja: Welche Beschwerden haben Sie noch?*

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

**Hatten Sie in den vergangenen 3 Jahren zeitweise Beschwerden, die Sie zur Zeit nicht mehr haben?**

- ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

*Wenn ja: Welche waren das?*

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

**Vermuten Sie, dass Ihre derzeitigen Gesundheitsbeschwerden durch Umweltfaktoren oder Schadstoffe ausgelöst werden?**

- ja, alle Beschwerden  
 ja, ein Teil der Beschwerden  
 nein       weiß nicht       keine Angabe

**Wenn ja: Wo treten die Umweltfaktoren auf? (Mehrfachantworten möglich)**

- am Arbeitsplatz  
 in der Wohnung  
 andernorts: .....

**Wenn ja: Welche Umweltfaktoren treten dort auf?**

- 1.1.1. am Arbeitsplatz: .....
- 1.1.2. in der Wohnung: .....
- 1.1.3. andernorts: .....

**Wenn ja: Sie haben vor 3 Jahren für Ihre Beschwerden ebenfalls bestimmte Umweltfaktoren verantwortlich gemacht. Sind die jetzigen Auslöser die gleichen wie damals oder haben sich Veränderungen ergeben?**

- überwiegend gleiche Auslöser  
 teils alte, teils neue Auslöser  
 überwiegend neue Auslöser       weiß nicht       keine Angabe

**1.1.4. Falls neue Auslöser: Hat die Anzahl der Auslöser zugenommen?**

- ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

**1.1.5. Falls neue Auslöser: Welche sind dazugekommen?**

| Auslöser | Ort   |
|----------|-------|
| 1) ..... | ..... |
| 2) ..... | ..... |
| 3) ..... | ..... |
| 4) ..... | ..... |

**1.1.6. Falls neue Auslöser: Wo treten die neu dazugekommenen Auslöser auf? (die Ortsangaben sind codiert unter Punkt 6.3.2. wie folgt einzutragen: am Arbeitsplatz (A), zu Hause (H), andernorts/Sonstiges (S))**

**Meiden Sie aus gesundheitlichen Gründen bestimmte Schadstoffbelastungen?**

- ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

**Wenn ja: Wie stark sind Sie dadurch im Alltag eingeschränkt?**

- sehr stark     stark     mittelmäßig     etwas     gar nicht

**Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren von Ihren Ärzten diagnostiziert?**

- keine       weiß nicht       keine Angabe

folgende:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

**Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, welche Ärzte oder Einrichtungen Sie in den vergangenen 3 Jahren wegen Ihrer Gesundheitsprobleme aufgesucht haben.**

(*Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Krebs), Impfungen (z.B. für Auslandsreisen) oder Visusbestimmungen sind hier nicht gemeint*)

**Uns interessiert zuerst, in welchen umweltmedizinischen Einrichtungen Sie in der Zwischenzeit waren, zum Beispiel bei Umweltärzten, in Umweltambulanzen, Umweltkliniken oder Laboratorien. Denken Sie bitte auch an Heilpraktiker.**

| Einrichtung (Name, Ort)                                  | Art der Einrich-tung* | Versor-gungsart          | Inanspruch-nahme-frequenz                   | Umweltbezug ärztlich bestätigt   |
|--|-----------------------|--------------------------|---|--|
| <i>Bitte jede einzelne Einrichtung separat aufnehmen</i> |                       | ambulant<br>stationär    | wie oft in den letzten 3 Jahren aufgesucht? | ja    nein    unklar   |
|  |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

\*Codierung der umweltmedizinischen Einrichtung: Arztpraxis (P), Ambulanz/Poliklinik (A), Klinik (K), Labor (L), Kur oder Reha (R), Heilpraktiker (H), sonstige umweltmedizinische Einrichtung (S)

**Wir möchten jetzt wissen, welche weiteren medizinischen Einrichtungen Sie in den vergangenen 3 Jahren wegen Beschwerden aufgesucht haben, die ohne Umweltbezug waren?**

| Einrichtung (Name, Ort)  | aufgesucht wegen<br>Beschwerde / Diagnose | Art der<br>Einrich-<br>tung* | Versor-<br>gungsart  | Inanspruch-<br>nahme-<br>frequenz                      |
|--|---|------------------------------|--|--|
| <i>Bitte jede einzelne<br/>Einrichtung separat<br/>aufnehmen</i> |   |                              | ambulant<br><input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> | wie oft in<br>den letzten 3<br>Jahren auf-<br>gesucht? |
|  |   |                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                       |  |
|  |   |                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                       |  |
|  |   |                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                       |  |
|  |   |                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                       |  |
|  |   |                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                       |  |
|  |   |                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                       |  |

*Codierung: Arztpraxis (P), Ambulanz/Poliklinik (A), Klinik (K), Kur oder Reha (R),  
Heilpraktiker (H), sonstige Einrichtung (S)*

**Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Jahren wegen umweltbezogener Gesundheitsprobleme eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt?**

|  | ja                       | nein                     | weiß nicht               | keine Angabe             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Schadstoffmessung in der Wohnung</b>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.2. Schadstoffmessung am Arbeitsplatz</b>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Schadstoffmessung in Blut, Urin, Speichel oder Haaren</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Schimmelpilz-Untersuchung in der Wohnung</b>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.3. Allergiediagnostik</b>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Untersuchung des Gehirns mit SPECT oder PET</b>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bioresonanz oder Elektroakupunktur (n. Voll)</b>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.4. Sonstige Untersuchungen</b>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Untersuchungen: .....  
.....

*Für jede unter F10.1 bis F10.8 erfasste Untersuchung folgende Zusatzinformationen erfragen:*

| Item-Nr.* | Einrichtung (Name, Ort) | Art der Einrichtung <sup>1</sup> | Was wurde untersucht? | Befund <sup>2</sup> |
|-----------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| F10.      |                         |                                  |                       |                     |

\* Item-Nummer ergänzen

<sup>1</sup> Codierung: Arztpraxis (A), Umweltmedizinische Ambulanz (U), Klinik (K), Labor (L), Sonstige (S)

<sup>2</sup> Codierung: auffällig (a), nicht auffällig (na), weiß nicht (wn), keine Angabe (kA)

**Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Jahren wegen umweltbezogener Gesundheitsprobleme eine der folgenden Therapien durchgeführt?**  
*(nach positiver Antwort unmittelbar den Therapieerfolg erfragen)*

|  | Therapie durchgeführt?   | Therapieergebnis         |                          |                          |                              |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |                          | ja                       | nein                     | dauerhafte Verbesserung  | keine anhaltende Veränderung | Verschlechterung         | weiß nicht               | keine Angabe             |
| <b>1.5. Entfernung zahnärztlicher Materialien,<br/>z.B. Amalgam</b>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ausleitung mit DMPS (Dimaval)</b>   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.6. Psychotherapie</b>   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.7. spezielle Diäten</b>   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.8. Bioresonanztherapie</b>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.9. Homöopathie</b>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.10. Akupunktur</b>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.11. Therapie mit Vitaminen, Mineralstoffen<br/>oder Spurenelementen</b> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.12. Entspannungstherapie,<br/>z.B. autogenes Training</b>               | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.13. Therapie gegen Hefepilze im Darm</b>                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.14. Immunstimulierende Mittel,<br/>z.B. Echinacea</b>                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.15. Andere Medikamente</b>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.16. Sonstige Maßnahmen</b>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Maßnahmen: .....

.....

| Item-Nr.* | Weitere Angaben zu den unter F11.1 bis F11.13 genannten Therapien |
|-----------|---|
| F11.      |   |

\* Item-Nummer ergänzen

**Mit den nun folgenden Fragen möchten wir von Ihnen erfahren, welche Veränderungen in Ihren Lebensverhältnissen eingetreten sind. Die Fragen beziehen sich wieder auf die Zeit nachdem Sie bei uns gewesen waren bis heute.**

*(Patienten ggf. darauf hinweisen, dass alle Angaben vor der Auswertung anonymisiert werden)*

**Sind Sie in den vergangenen 3 Jahren umgezogen?**

- ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

**Wenn ja: Wie häufig sind Sie in dieser Zeit umgezogen?**

mal

**Wenn ja: Sind Sie wegen umweltbezogener Gesundheitsprobleme umgezogen?**

*(wenn in den letzten 3 Jahren mehr als ein Umzug erfolgte, gilt die höchste erreichte Kategorie)*

- ausschließlich       teilweise       nein       weiß nicht       keine Angabe

**Wenn ja: Hat sich Ihr Gesundheitszustand nach dem Umzug verändert?**

- verbessert       nicht verändert       verschlechtert  
 weiß nicht       keine Angabe

**Wurden in Ihrer Wohnung in den letzten 3 Jahren Sanierungsmaßnahmen durchgeführt?**

- ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

**Wenn ja: Wurden die Sanierungsmaßnahmen wegen umweltbezogener Gesundheitsprobleme durchgeführt?**

- ausschließlich       teilweise       nein       weiß nicht       keine Angabe

**Wenn ja: Hat sich Ihr Gesundheitszustand daraufhin verändert?**

- verbessert       nicht verändert       verschlechtert  
 weiß nicht       keine Angabe

**Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?**

- ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

*Falls erwerbstätig: Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus?*

.....

*Falls nicht erwerbstätig: Sind Sie arbeitsunfähig, arbeitslos oder berentet?*

- arbeitsunfähig  
 arbeitslos  
 befristet berentet  
 dauerhaft berentet  
 Sonstiges

Sonstiges (z.B. Hausfrau): .....

.....

**War Ihre Erwerbs situation in den zurückliegenden 3 Jahren anders als heute?**

- ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

*Wenn ja: Erfolgten die Veränderungen wegen Ihrer umweltbezogenen Gesundheitsprobleme?*

- ausschließlich       teilweise       nein       weiß nicht       keine Angabe

**1.17. Wenn ja: Hat sich Ihr Gesundheitszustand nach diesen Veränderungen verbessert oder verschlechtert?**

- verbessert       nicht verändert       verschlechtert  
 weiß nicht       keine Angabe

*Wenn Patient in 2001 und/oder 2002 erwerbstätig: Wie lange konnten Sie Ihre berufliche Tätigkeit wegen umweltbezogener Beschwerden nicht ausüben?*

|      | ca. x Tage nicht gearbeitet | von x erwerbstägigen Monaten | nicht erwerbstätig       | weiß nicht               | keine Angabe             |
|------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2001 |                             |                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2002 |                             |                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wie ist Ihr momentaner Familienstand?**

- ledig, ohne Partner
- ledig, mit Partner
- verheiratet, mit Ehepartner zusammen lebend
- verheiratet, vom Partner getrennt lebend, ohne neuen Partner
- verheiratet, vom Partner getrennt lebend, mit neuem Partner
- geschieden, ohne Partner
- geschieden, mit Partner
- verwitwet, ohne Partner
- verwitwet, mit Partner

**Hat sich Ihr Familienstand in den vergangenen 3 Jahren geändert?**

- ja
- nein
- weiß nicht
- keine Angabe

*Wenn ja: Stand die Veränderung im Zusammenhang mit Ihren umweltbezogenen Gesundheitsproblemen?*

- ausschließlich
- teilweise
- nein
- weiß nicht
- keine Angabe

**Haben sich bei Ihnen in den vergangenen 3 Jahren besondere Belastungen ergeben wie zum Beispiel ...**

**Partnerschaftsprobleme ohne Trennung**  
**familiäre Belastungen außer Partnerschaftsprobleme**  
**Trennung vom Partner oder Scheidung**  
**Tod einer nahestehenden Person**  
**Belastungen durch Umzug**  
**Belastungen am Arbeitsplatz**  
**sonstige Belastungen oder Konflikte**

|  | ja                       | nein                     | weiß nicht               | keine Angabe             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Partnerschaftsprobleme ohne Trennung               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| familiäre Belastungen außer Partnerschaftsprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trennung vom Partner oder Scheidung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tod einer nahestehenden Person                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Belastungen durch Umzug                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Belastungen am Arbeitsplatz                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sonstige Belastungen oder Konflikte                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

sonstige Belastungen/Konflikte: .....

.....

**Haben Ihre umweltbezogenen Gesundheitsprobleme in den letzten 3 Jahren zu stärkeren Einschränkungen geführt ...**

|   | ja                       | nein                     | weiß nicht               | keine Angabe             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>bei Ihren sozialen Kontakten (Familie, Freunde, Bekannte)</b>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>bei Alltagsaktivitäten wie z.B. Einkaufen</b>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.18. bei der Benutzung von Verkehrsmitteln</b>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.19. im Freizeitbereich</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.20. beim Besuch kultureller Veranstaltungen</b><br>(Theater, Kino, Konzerte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.21. sonstige Einschränkungen</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

sonstige Einschränkungen: .....

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

**Befinden Sie sich aufgrund Ihrer umweltbezogenen Gesundheitsprobleme in rechtlichen Auseinandersetzungen?**

ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

**Sind Sie in einer Selbsthilfegruppe für Umwelterkrankungen?**

ja       nein       weiß nicht       keine Angabe

**Sind oder waren Sie an MCS erkrankt?**

- ja, aktuell
- ja, früher aber jetzt nicht mehr
- nein, noch nie
- Patient ist unsicher, ob er/sie MCS hat oder hatte
- Patient kennt MCS nicht
- weiß nicht
- keine Angabe

*Wenn aktuell an MCS erkrankt: Seit wann sind Sie an MCS erkrankt? .....*

**Sie kamen damals allgemein ausgedrückt zu uns wegen umweltbezogener Gesundheitsbeschwerden. Wie würden Sie heute die Bedeutung von Umweltschadstoffen für Ihre Gesundheit einschätzen? Ist der Einfluss ...**

- stärker geworden,
- gleich geblieben oder
- heute weniger stark?
- weiß nicht
- keine Angabe

**Zum Schluss möchten wir Sie bitten, die damals in unserem Zentrum durchgeföhrten Untersuchungen mit Schulnoten von 1 bis 6 zu beurteilen.**

Wie zufrieden waren Sie ...

... mit dem angebotenen Untersuchungsspektrum?

1     2     3     4     5     6     weiß nicht     keine Angabe

... mit dem Untersuchungsergebnis?

1     2     3     4     5     6     weiß nicht     keine Angabe

... mit der ärztlichen Beratung?

1     2     3     4     5     6     weiß nicht     keine Angabe

**In welchem Maße fühlten Sie sich mit Ihren Anliegen ernst genommen?**

1     2     3     4     5     6     weiß nicht     keine Angabe

**Inwieweit hat Ihnen die Teilnahme an der Studie weitergeholfen?**

1     2     3     4     5     6     weiß nicht     keine Angabe

**Wie fanden Sie das computergestützte Interview?**

1     2     3     4     5     6     weiß nicht     keine Angabe

CIDI-Interview ist nicht durchgeführt worden

**Was haben Sie damals bei der Untersuchung vermisst?**

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

**Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für die Zukunft?**

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

**Wir sind nun am Ende unserer Nachbefragung.**

**Gibt es noch Dinge, die wir mit unseren Fragen nicht erfasst haben, die Sie noch ansprechen möchten?**

Dann bedanke ich mich herzlich für Ihre Mitarbeit.



# **Erläuterungen zum Nacherhebungsbogen**



# Erläuterungen zur Durchführung standardisierter Telefoninterviews mit dem Nacherhebungsbogen der MCS-Studie, Teil II

## 1. Einführung

### Stichprobe

Mit der Nacherhebung sollen möglichst alle 234 Patienten der Kernstichprobe erreicht und befragt werden. Jedes Zentrum kümmert sich um die Befragung der Patienten, die es zur KSP beigesteuert hat. Um die Ausfallquote niedrig zu halten, wird vor der telefonischen Kontaktaufnahme ein Ankündigungsschreiben an die zuletzt bekannte Adresse der Patienten gesendet. Bei Probanden, die nicht per Brief oder Telefon erreichbar sind, soll unbedingt der Versuch gemacht werden, die neue Anschrift/Telefonnummer ausfindig zu machen (Telekom, Hausärzte). Falls ein Patient nicht erreicht wurde, sollen weitere telefonische Kontaktversuche unternommen werden (bis zu 5 Versuche sind erforderlich, weitere Versuche sind in das Ermessen des verantwortlichen Interviewers gestellt).

Alle telefonisch erreichten Patienten sollen für die Nacherhebung gewonnen werden. Bei Ablehnung oder Vorbehalten gegenüber der Befragung können diese mit folgenden Argumenten zerstreut werden:

- Die Untersuchung dient einem wissenschaftlichen Zweck.
- Die Daten werden anonym ausgewertet (Trennung von Personendaten und Patienten-Antworten mittels Vorblatt und Fragebogen; die Zuordnung der neuen Fragebogen-Daten zu den alten Daten wird durch die Patienten-ID-Nr. gewährleistet).
- Das Ergebnis der Nacherhebung kann durch Verweigerer d.h. durch fehlende Daten verzerrt und damit in seiner Qualität gemindert werden.

Auf Wunsch kann Patienten ein Ambulanztermin angeboten werden. Ihnen ist klar zu machen, dass das Interview ungeachtet dessen auf jeden Fall durchgeführt werden soll, am besten vor dem Ambulanztermin als Telefon-Interview. Wenn das nicht geht, kann es in der Ambulanz als Face-to-Face-Interview durchgeführt werden.

### Kontaktaufnahme

Die Patienten erhalten zuerst das Ankündigungsschreiben, in dem die telefonische Nacherhebung angekündigt und über den Datenschutz informiert wird. Das Schreiben wird an die zuletzt bekannte Adresse gesendet. Nach Wochenfrist wird versucht, die Patienten telefonisch zu erreichen. Ggf. sind die neue Adresse bzw. neue Telefonnummer zu ermitteln. Auf dem Vorblatt des Nacherhebungsbogens ist die Kontaktaufnahme zu dokumentieren, insbesondere sind alle Versuche der telefonischen Kontaktaufnahme zu notieren. Die zuletzt notierte Telefonnummer sollte im Erfolgsfall die sein, unter der die Befragung des Patienten geführt wurde.

## Standardisierung der Interviewsituation

Für das Interview als Datenerhebungsverfahren besteht wie für alle Erhebungsverfahren das Ziel, Daten möglichst reliabel, d.h. möglichst ohne Messfehler zu gewinnen. Bei der Durchführung von Interviews gibt es spezifische Fehlerquellen, die es zu mindern oder zu kontrollieren gilt. Selbstverständlich darf der Interviewer den Befragten in seinen Antworten nicht beeinflussen.

Um die Messfehler zu minimieren, wird die Interviewsituation standardisiert, d.h. möglichst einheitlich gestaltet. Ein hoher Standardisierungsgrad, wie er für diese Nacherhebung vorgesehen ist, führt nicht zuletzt dazu, Zentrumseffekte zu vermeiden bzw. Zentrumsunterschiede auf Stichprobenunterschiede zurückführen zu können.

Zur Standardisierung der Interviewsituation wird in der Follow-up-Studie der Nacherhebungsbogen eingesetzt, wodurch die Reihenfolge und die Formulierungen der Fragen und z.T. auch der Antworten festgelegt sind.

Zum Konstanthalten der Erhebungssituation sollen:

- alle Fragen wörtlich vorgelesen werden
- alle Antwortkategorien wörtlich vorgelesen werden (wenn vorgesehen)
- Antworten nicht interpretiert, sondern Befragte dazu gebracht werden, in den vorgegebenen Antwortkategorien zu antworten
- eigene Einstellungen verborgen werden (Antworten nicht kommentieren oder bewerten)
- Hinweise zu Fragen bzw. Nachfragen beachtet werden

Eine Verletzung der Standardisierung besteht u.a. auch darin, vom Nacherhebungsbogen abzuweichen und weitergehende Fragen zu stellen.

## Datenschutz

Bei der Durchführung der Nacherhebung per Telefoninterview sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten. Dazu werden u.a. Name und Adresse der befragten Person im Nacherhebungsbogen nur auf dem Vorblatt eingetragen, das abgetrennt im jeweiligen Zentrum verbleibt. Der die Probandenangaben enthaltende Fragenteil enthält diese Personendaten nicht.

## **2. Allgemeine Hinweise zum Fragebogen und zum Interview**

Der Nacherhebungsbogen besteht aus dem Vorblatt und dem Fragenteil.

Vor dem ersten Kontaktversuch sind auf dem Vorblatt die „Patientenangaben nach Aktenlage“ einzutragen. Dann dient das Vorblatt dazu, alle per Post oder Telefon durchgeföhrten Kontaktversuche zu dokumentieren. Neue Adressen oder Telefonnummern, unter denen Patienten aktuell erreichbar sind, sind unter „aktuelle Patientenangaben“ zu notieren.

Der Fragenteil enthält den Fragebogen für das Interview sowie Hinweise für die Interviewführung und Erläuterungen einzelner Fragen.

Die im Fragenteil **fett gedruckten Fragen und Antworten** sind wörtlich vorzulesen. Neben kurzen Erläuterungen sollen vom Interviewer keine weiteren Äußerungen gemacht werden. Eine offene Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Interviewer ist am Ende des Gesprächs bei Frage 27 möglich.

Die Fragen sind in der vorgegebenen Reihenfolge zu stellen. Die Anzahl der Fragen kann jedoch von Patient zu Patient variieren, da bei bestimmten Antworten weitergehende Fragen oder aber „Sprünge“ im Ablauf vorgesehen sind. Wenn Patienten zu bereits abgeschlossenen Fragen Änderungen oder Ergänzungen einfallen, sind diese vorzunehmen, zurückblättern ist erlaubt.

*Kursiv gedruckte Textpassagen* sind Hinweise für den Interviewer. Gelegentlich handelt es sich um Überschriften für einzelne Fragen. Hauptsächlich wird damit die Fragenabfolge geregelt, wenn für bestimmte Antworten weitere Fragen vorgesehen sind.

Bsp.: *Wenn ja:* Nachfrage F7.1  
In anderen Fällen stehen in Klammern *kursiv markierte Erläuterungen für den Interviewer* zu Fragen und Antworten.

Das Gespräch soll in einem mittleren Tempo ablaufen: Sprechen Sie langsam, deutlich und nicht zu laut. Dem Patienten soll deutlich gemacht werden, dass bei der Befragung ein einfacher Frage-Antwort-Rhythmus erwartet wird. Während des Interviews sollen den Patienten keine weitergehenden Fragen beantwortet werden. Es findet während des Interviews auch keine Beratung der Patienten statt. Die Patienten sind auf das Ende des Interviews zu verweisen, wo ihnen Raum für eigene Fragen gegeben wird. Weitschweifige Patientenantworten sollten unterbunden werden, insbesondere dann, wenn die Frage gemäß den vorgegebenen Antwortkategorien bereits beantwortet wurde.

Nachfragen von Seiten des Interviewers sind in den Fällen angezeigt, wenn Patientenangaben keiner Antwortkategorie zugeordnet werden können und wenn die Antworten offensichtlich (inhaltlich, sachlich, zeitlich) falsch, unverständlich, missverständlich oder mehrdeutig sind.

Von Nachfragen (Fragen 2. und tieferer Ordnung) ist abzusehen, wenn sie im Interview bereits eindeutig und zweifelsfrei beantwortet wurden (Eindruck mangelnder Aufmerksamkeit vermeiden) oder wenn sie pietätlos wären (vgl. F18.1).

Dem Befragten gegenüber sollte vorzugsweise der Begriff „Befragung“ verwendet und nicht von „Interview“ gesprochen werden.

In den Fragen im Fragenteil wird der Umweltbegriff („umweltbezogen“) im weiteren Sinne verstanden. Unter Umwelt werden der Wohnbereich, die Arbeitsumwelt, aber auch Dentalmaterialien, Bedarfsgegenstände, Nahrungsmittel, Trinkwasser und dergleichen mehr verstanden.

### Ausfüllen des Nacherhebungsbogens

Patientenantworten werden unmittelbar im Gesprächsverlauf durch Ankreuzen der entsprechenden Antwortkategorien erfasst. Wenn Antwortkategorien nicht vorzulesen sind, werden diejenigen Kategorien angekreuzt, die den Angaben des Patienten am ehesten entsprechen. Bei Unsicherheiten in der Zuordnung sollen Patienten durch Nachfragen dazu gebracht werden, im Rahmen der vorgesehenen Antwortkategorien zu antworten.

Teilweise sind offene Antworten zulässig bzw. werden verlangt (gepunktete Linie bei offenem Antwortformat). In diesen Fällen sind Patientenangaben stichwortartig aufzunehmen.

In einigen Fällen ist die Antwortkategorie „Sonstiges“ zum Ankreuzen vorgesehen und zusätzlich mit dem offenen Antwortformat kombiniert (vgl. Frage F10.8). Falls für eine Frage die Restkategorie angekreuzt wurde, soll zusätzlich die Antwort im offenen Antwortformat knapp erfasst werden.

Im Anschluss eines Interviews sind die Daten vom Nacherhebungsbogen in die Datenbank zu übertragen.

### Fehlende Werte

Zur Vermeidung von fehlenden Werten ist auf vollständiges Abarbeiten aller Fragen zu achten.

Im Nacherhebungsbogen sind die Fragen und Antworten durchgängig so formuliert, dass pro Frage immer mindestens eine Antwortkategorie angekreuzt werden kann. Ob Antwortkategorien alternativ anzukreuzen oder Mehrfachantworten erlaubt sind, ist den speziellen Hinweisen zu entnehmen bzw. im Fragebogen an der entsprechenden Stelle angemerkt.

Für die meisten Fragen sind die Antwortkategorien „weiß nicht“ und „keine Angabe“ verfügbar. Sie sollen den Befragten nicht aktiv angeboten werden. Der Befragte muss sie von sich aus nennen. Beide Antwortkategorien sind aus formalen Gründen standardmäßig aufgeführt, obwohl „weiß nicht“ in einzelnen Fällen als Antwort eher nicht in Betracht kommt (z.B. F14, F15, F18).

### **3. Spezielle Hinweise für den Interviewer**

#### *Interviewervorstellung*

Der Interviewer stellt sich und die Institution, die er vertritt, vor und bezieht sich auf das Ankündigungsschreiben. Hat der Angesprochene das Ankündigungsschreiben nicht erhalten, ist die Adresse zu überprüfen und ggf. die neue auf dem Vorblatt einzutragen. Falls gewünscht, wird dem Angerufenen vor einem erneuten Anruf das Ankündigungsschreiben an die neue Adresse gesendet. Wenn sich der Befragte mit einer mündlichen Erläuterung des Anliegens zufrieden gibt und in die telefonische Befragung einwilligt, kann fortgefahren werden.

#### *Patientenidentifikation*

Die bezeichneten Personenangaben werden so abfragt, wie sie auf dem Vorblatt stehen. Darauf kann verzichtet werden, wenn für den Interviewer die Identität des Patienten aus dem bis dahin geführten Gespräch zweifelsfrei feststeht.

Hat sich die Wohnanschrift des Patienten geändert, ist die neue Anschrift auf dem Vorblatt zu notieren.

Auf dem Nacherhebungsbogen selbst dürfen aus Datenschutzgründen keine dieser Angaben notiert werden!

#### *Anliegen erläutern*

Anschließend werden das Anliegen der Nacherhebung und in groben Zügen der vorgesehene Ablauf geschildert.

Frage 1: Dem Patientenwunsch nach einem persönlichen Ambulanztermin kann im Ermessen des Zentrums entsprochen werden. Aus Gründen der Vergleichbarkeit sollte das Interview trotzdem möglichst vor dem Ambulanztermin telefonisch geführt werden; ansonsten in der Ambulanz als Face-to-Face-Interview. Die durchgeführte Interview-Variante (per Telefon vs. Face-to-Face) ist auf S. 1 des Fragenteils anzugeben.

Bei Frage F1.1 sind Mehrfachantworten möglich.

Frage 2: Mit dieser Frage soll eine spontane Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes des Patienten erfasst werden, ohne dass die damaligen Beschwerden durch den Interviewer vorgeben werden. Entscheidend ist hier, Veränderungen im Gesamtzustand und im Beschwerdenspektrum zu erfassen, ohne sich auf einzelne Beschwerden zu fixieren.

Frage 3: Der Patient soll alle seine Beschwerden ohne Unterbrechung vorbringen. Diese sind zu notieren. Wenn mehr als 3 Beschwerden genannt werden, sind nachträglich die 3 am stärksten beeinträchtigenden Beschwerden vom Patienten zu erfragen und zu notieren. Die darüber hinaus genannten Beschwerden sind unter Frage 4 (F4.1) einzutragen.

Frage 4: Unter F4.1 können bereits Beschwerden notiert sein, die auf Frage F3 hin genannt wurden und nicht zu den 3 am stärksten beeinträchtigen Beschwerden zählten.

Frage 6: Wenn der Patient alle oder einen Teil seiner Beschwerden als umweltbedingt betrachtet, können unter F6.1 der Expositionsort (Mehrfachantworten zulässig) und unter F6.2 die vom Patienten vermuteten Auslösefaktoren (Schadstoffe etc.), nach Expositionsort getrennt, als Freitext notiert werden. Bei der Antwort „anderorts“ (F6.1) ist der genannte Ort zu notieren.  
Veränderungen im Auslöserspektrum werden in Frage F6.3 erfasst.

Frage 9: Die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen wird in 2 Komplexen abgefragt (Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Krebs), Impfungen (z.B. für Auslandsreisen) oder Visusbestimmungen sind hier nicht gemeint):

F9.1: Alle Einrichtungen mit dezidiert umweltmedizinischer Ausrichtung

F9.2: Alle weiteren medizinischen Einrichtungen ohne Umweltbezug

Jeder Fragenkomplex wird einzeln behandelt, wobei sich bei jeder Nennung einer Einrichtung einige Detailfragen (Tabellenspalten) anschließen.

Die **Art der Einrichtung** soll mit einem Kürzel notiert werden:

Arztpraxis (P),

Ambulanz/Poliklinik (A),

Klinik (K),

Labor (L),

Kur oder Reha (R),

Heilpraktiker (H),

sonstige (umweltmedizinische) Einrichtung (S).

Mit **Versorgungsart** wird erfasst, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgte.

Die **Inanspruchnahmefrequenz** der Einrichtung bezieht sich auf die vergangenen 3 Jahre. Die (u.U. geschätzte) Anzahl ist zu notieren. Ober- oder Untergrenzen aber auch Wertebereiche können nicht ausgewertet werden!

Mit **Umweltbezug ärztlich bestätigt** wird abgefragt, ob die Beschwerden, deretwegen der Patient die genannte Einrichtung aufgesucht hat, von einem Arzt als umweltbedingt klassifiziert wurden (nach Angabe des Patienten).

Frage 10: Alle aufgeführten Untersuchungen sind einzeln abzufragen.

Anschließend sind für jede durchgeführte Untersuchung die Einrichtung mit Namen und Ort, die Art der Einrichtung, was genau untersucht wurde und der Befund zu erfragen. Die Art der Einrichtung und der Befund sind als Kürzel (Codierung unter der Tabelle) zu notieren. Um den Bezug dieser Angaben zu den zuvor gestellten Fragen F10.1 bis F10.8 herstellen zu können, sind die jeweiligen Item-Nummern in der Tabelle zu ergänzen.

Frage 11: Alle aufgeführten Therapien sind einzeln mit den aufgeführten Beispielen abzufragen. Bei positiver Antwort ist unmittelbar das Therapieergebnis zu erfragen. Hier interessiert der Langzeiteffekt.

Weitere bzw. präzisierende Angaben zu den einzelnen durchgeführten Therapien können in der folgenden Tabelle notiert werden. Auch hier sind die jeweiligen Item-Nummern zu vervollständigen.

Frage 12: Wenn der Patient im betrachteten Zeitraum umgezogen ist, wird unter F12.2 nachgefragt, ob bzw. in welchem Umfang das aus gesundheitlichen Gründen geschah. Ist der Patient in dem Zeitraum mehrfach umgezogen, dann ist die höchste zutreffende Antwortkategorie anzukreuzen, so dass die Aussage zutrifft: Es gab mindestens einen Umzug, der ausschließlich/teilweise umweltbedingt erfolgte. Die Nachfrage F12.3 wird gestellt, wenn im fraglichen Zeitraum ein Umzug erfolgt ist. Die Frage F12.3 ist unabhängig von der Antwort auf Frage F12.2 zu stellen.

Frage 13: Wenn mehrere Sanierungsmaßnahmen in der Patientenwohnung bzw. in einer seiner Wohnungen durchgeführt wurden, dann ist auch unter F13.1 die höchste zutreffende Antwortkategorie anzukreuzen (vgl. F12.2). Die Nachfrage F13.2 wird unabhängig von der Antwort auf Frage F13.1 gestellt, wenn F13 positiv beantwortet wurde.

Frage 15: Hier wird erfragt, ob sich der Erwerbsstatus innerhalb der letzten 3 Jahre verändert hat und ob bzw. in welchem Umfang die Veränderungen umweltbezogen motiviert waren (F15.1) und einen Effekt auf die Gesundheit hatten (F15.2). Wie schon zuvor ist auch hier (F15.1) bei mehreren Veränderungen in der Erwerbs situation die höchste zutreffende Antwortkategorie anzukreuzen (vgl. F12.2).

Frage 16: Für Patienten, die nach dem aktuellen Erkenntnisstand des Interviewers in den Jahren 2001 und/oder 2002 erwerbstätig gewesen sein können, wird für diese Jahre getrennt der Krankenstand erfasst. Im einzelnen ist zu erfragen, an wie vielen Tagen von wie vielen erwerbstätigen Monaten im betreffenden Jahr der Patient krankheitsbedingt nicht gearbeitet hat bzw. ob er in dem Jahr insgesamt nicht erwerbstätig war.

Frage 17/18: Zuerst wird der aktuelle Familienstand in Anlehnung an UmedFB-F137 abgefragt (F17). Mehrfachantworten sind hier nicht zulässig. Anschließend wird ermittelt, ob sich der Familienstand im betrachteten Zeitraum verändert hat (F18). Hat sich der Familienstand im betrachteten Zeitfenster mehrmals verändert so ist beim Umweltbezug (F18.1) die höchste Kategorie zu notieren (vgl. F12.2).

Frage 25: Der Patient soll angeben, wie er die im Jahre 2000 erfolgten Untersuchungen rückblickend beurteilt.

Mit der Frage nach dem **angebotenen Untersuchungsspektrum** (F25.1) soll erfasst werden, ob der Patient mit Art und Umfang der durchgeführten Untersuchungen zufrieden war.

Die Zufriedenheit des Patienten mit dem **Untersuchungsergebnis** (F25.2) wird nur global erfragt.

Frage 27: Diese Frage bietet Raum für eine offene Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Interviewer. Patientenäußerungen sollen stichwortartig notiert werden.

Zum Schluss

Falls Probleme, Ungereimtheiten, Unklarheiten mit dem Fragebogen auftreten, teilen Sie diese bitte dem RKI möglichst umgehend mit.

# **Faktorenanalyse**

**Tabelle mit Faktorladungen**

- rotierte Komponentenmatrix -

(vgl. Kapitel 3.2.2 des Abschlussberichtes)



#### **Erste Faktorenanalyse bezogen auf alle GSP-Patienten: Rotierte Komponentenmatrix**

**Zweite Faktorenanalyse bezogen auf f<sub>1</sub>MCS-positive Patienten: Rotierte Komponentenmatrix**

|                                     | Komponente |      |      |      |      |      |      |      |      |
|-------------------------------------|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                                     | 1          | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    |
| 37 Reizbarkeit                      | ,802       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 42 Aggressivität                    | ,768       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 17 Ärger                            | ,721       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 10 Stimmungsschwankungen            | ,682       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 15 Nervosität/Angespanntheit        | ,584       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 19 Ablenkbarkeit                    | ,530       |      |      | ,422 |      |      |      |      |      |
| 44 Kurzatmigkeit                    | ,449       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 29 Konzentrationsstörungen          |            | ,837 |      |      |      |      |      |      |      |
| 30 Benommenheit                     |            | ,790 |      |      |      |      |      |      |      |
| 24 Gedächtnisstörungen              |            | ,601 |      |      |      |      |      |      |      |
| 46 Müdigkeit                        |            | ,574 |      |      |      |      |      |      |      |
| 43 Wortfindungsstörungen            |            | ,567 |      | ,434 |      |      |      |      |      |
| 06 Kopfschmerzen                    |            | ,504 |      |      |      |      |      |      |      |
| 01 Gelenk-/Muskelschmerzen          |            |      | ,732 |      |      |      |      |      |      |
| 47 Magen-/Darmbeschwerden           |            |      | ,722 |      |      |      |      |      |      |
| 04 Blähungen                        |            |      | ,703 |      |      |      |      |      |      |
| 32 Durchfall                        |            |      | ,605 |      |      |      |      |      |      |
| 21 Energielosigkeit                 |            |      | ,525 | ,440 |      |      |      |      |      |
| 18 Gestörte Farbwahrnehmung         |            |      |      | ,683 |      |      |      |      |      |
| 41 Gestörte Zeitwahrnehmung         |            |      |      | ,644 |      |      |      |      |      |
| 33 Umgebung fremd/unwirklich        |            |      |      | ,465 |      |      |      |      |      |
| 05 Abgestumpftheit                  |            |      |      | ,459 |      |      |      |      |      |
| 14 Lust auf Nahrungs-/Genussmittel  |            |      |      | ,428 |      |      |      |      |      |
| 09 Herzrasen                        |            |      |      |      | ,801 |      |      |      |      |
| 39 Unregelmäßiger Puls              |            |      |      |      | ,694 |      |      |      |      |
| 12 Ohrgeräusche                     |            |      |      |      | ,642 |      |      |      |      |
| 34 Augenbeschwerden                 |            |      |      |      |      | ,776 |      |      |      |
| 23 trockene Nase                    |            |      |      |      |      | ,645 |      |      |      |
| 36 Schnupfen, Nasenschleimhautentz. |            |      |      |      |      | ,593 |      |      |      |
| 48 Trockener Hals                   |            |      |      |      |      | ,492 |      | ,457 |      |
| 40 Magenschmerzen                   |            |      |      |      |      |      | ,697 |      |      |
| 38 Sehstörungen                     |            |      |      |      |      |      | ,538 |      |      |
| 16 Druck im Oberbauch               |            |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 03 Kloßgefühl im Hals               |            |      |      |      |      |      |      | ,862 |      |
| 02 Übelkeit                         |            |      |      |      |      |      |      | ,541 |      |
| 13 Infektionen                      |            |      |      |      |      |      |      |      | ,731 |
| 27 Halsschmerzen                    |            |      |      |      |      |      |      |      | ,683 |
| 26 Nasenbluten                      |            |      |      |      |      |      |      |      | ,602 |

Fortsetzung der Tabelle nächste Seite

## Fortsetzung:

## Zweite Faktorenanalyse bezogen auf f1MCS-positive Patienten: Rotierte Komponentenmatrix



# **Überregionale Fallkonferenz**

18. – 20. Juni 2003

Robert Koch-Institut, Berlin



Multizentrische MCS-Studie

# Falldokumentationsbogen

- zur Vorbereitung und Dokumentation der überregionalen Fallbesprechung -

Fallkonferenz vom 18. bis 20. Juni 2003

Robert Koch-Institut, Berlin

| Vorgestellter Fall |   |
|--------------------|---|
| Zentrum:           |   |
| ID-Nr.:            |   |
| Geburtsjahr:       |   |
| Geschlecht:        | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Erhebungsperiode:  | <input type="checkbox"/> 2000 <input type="checkbox"/> 2003         |

Der vorliegende Falldokumentationsbogen ist zweispaltig aufgebaut:

- Die **linke Spalte (A-Sektion)** betrifft das patientenbetreuende bzw. fallvorstellende Zentrum, das sog. Stammzentrum. Die Fragen der A-Sektion werden vor der gemeinsamen Fallkonferenz beantwortet. Der linksseitig ausgefüllte Doku-Bogen wird rechtzeitig vor der Fallkonferenz dem Studienzentrum und von dort aus den anderen Zentren zugeschickt.
- Die **rechte Spalte (B-Sektion)** dient der Fremdbeurteilung durch die übrigen Zentren. Die Eintragungen werden während bzw. am Ende der überregionalen Fallbesprechung von jedem Fremdzentrum separat vorgenommen. Nach der Fallbesprechung sollte die B-Sektion auch vom Stammzentrum ausgefüllt werden. Damit können eventuell stattgefundene Einschätzungsänderungen gegenüber der Ersteinschätzung dokumentiert werden.

Die nachstehende **Fremdbeurteilung in Sektion B** erfolgt(e) während/nach der gemeinsamen Falldiskussion. Sie wurde vom **Zentrum .....** vorgenommen.

Damit war:

- eine eingehende Vorabsichtung der anonymisierten Patientenakte verknüpft
- keine eingehende Vorabsichtung der anonymisierten Patientenakte verknüpft

Die nachstehende **Selbstbeurteilung in Sektion B** erfolgt(e) während/nach der gemeinsamen Falldiskussion als eine kritische Nachbeurteilung der seinerzeitigen A-Einschätzung (Zentrum: .....).

Abkürzungserläuterung: nb = nicht beurteilbar, unklar

## Beschwerden / Symptome

### Gesundheitliche Beschwerden

#### A1 Hauptbeschwerden/-symptome

(1) .....

*Symptomdauer:*

- neu aufgetreten seit Tagen / Wochen<sup>1</sup>
- länger bestehend seit Monaten / Jahren<sup>1</sup>
- keine Angaben/weiß nicht

(2) .....

*Symptomdauer:*

- neu aufgetreten seit Tagen / Wochen<sup>1</sup>
- länger bestehend seit Monaten / Jahren<sup>1</sup>
- keine Angaben/weiß nicht

(3) .....

*Symptomdauer:*

- neu aufgetreten seit Tagen / Wochen<sup>1</sup>
- länger bestehend seit Monaten / Jahren<sup>1</sup>
- keine Angaben/weiß nicht

#### A2 Weitere Beschwerden:

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

#### B1 Betrachten Sie die vom Stammzentrum angegebenen Hauptbeschwerden ebenfalls als die wesentlichen Beschwerden des Patienten?

- ja, ohne Einschränkung
- ja, aber nur teilweise
- nein, gar nicht
- nicht beurteilbar
- trifft nicht zu, da keine Beschwerden angegeben worden sind

*Wenn nur teilweise oder gar nicht:*

#### B1.1 Folgende Beschwerden hätten wir als Hauptbeschwerden ausgewählt:

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....

#### B2 (ggf. Kommentar)

<sup>1</sup> Zutreffendes bitte umkreisen.

### Expositionsbedingte Beschwerden?

#### A3 Waren die o.g. Hauptbeschwerden nach Meinung des Patienten durch Umweltfaktoren oder Schadstoffe bedingt?

Symptom 1:  ja     nein     nb

Symptom 2:  ja     nein     nb

Symptom 3:  ja     nein     nb

#### B3 (ggf. Kommentar)

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>A4 Waren sonstige Symptome („Nebenbeschwerden“) nach Meinung des Patienten durch Umweltfaktoren oder Schadstoffe bedingt?</b> | <b>B4 (ggf. Kommentar)</b> |
| <input type="checkbox"/> Symptom N1: .....   |                            |
| <input type="checkbox"/> Symptom N2: .....   |                            |
| <input type="checkbox"/> Symptom N3 .....  |                            |
| <input type="checkbox"/> Diverse unklare Symptome  |                            |

#### **A5/B5 Nähere Charakterisierung expositionsbedingter Beschwerden**

(falls mindestens eines der o.g. Symptome vom Patienten als umweltbedingt betrachtet wurde)

| <b>A5.1 An welchen Orten traten die o.g. Beschwerden auf?</b>   | <b>A5.2 Welche Umweltfaktoren führen nach Ansicht des Pat. zu gesundheitl. Beeinträchtigungen?*</b> | <b>A5.3 Expositionszeitraum</b>  | <b>A5.4 Anmerkungen</b> | <b>B 5</b><br><small>(kein Kommentar erforderlich)</small> |
|---|---|----------------------------------|-------------------------|--|
| <u>Symptom 1:</u><br><br><input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz<br><input type="checkbox"/> in der Wohnung<br><input type="checkbox"/> andernorts: .....<br><input type="checkbox"/> nicht lokalisierbar/unklar<br>-----        | <u>Symptom 1:</u><br><br>.....<br>.....<br>.....<br>-----   | .....<br>.....<br>.....<br>----- |                         |  |
| <u>Symptom 2:</u><br><br><input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz<br><input type="checkbox"/> in der Wohnung<br><input type="checkbox"/> andernorts: .....<br><input type="checkbox"/> nicht lokalisierbar/unklar<br>-----        | <u>Symptom 2:</u><br><br>.....<br>.....<br>.....<br>-----   | .....<br>.....<br>.....<br>----- |                         |  |
| <u>Symptom 3:</u><br><br><input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz<br><input type="checkbox"/> in der Wohnung<br><input type="checkbox"/> andernorts: .....<br><input type="checkbox"/> nicht lokalisierbar/unklar<br>-----        | <u>Symptom 3:</u><br><br>.....<br>.....<br>.....<br>-----   | .....<br>.....<br>.....<br>----- |                         |  |
| <u>Neben-Symptom N1:</u><br><br><input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz<br><input type="checkbox"/> in der Wohnung<br><input type="checkbox"/> andernorts: .....<br><input type="checkbox"/> nicht lokalisierbar/unklar<br>----- | <u>Neben-Symptom N1:</u><br><br>.....<br>.....<br>.....<br>-----                                    | .....<br>.....<br>.....<br>----- |                         |  |
| <u>Neben-Symptom N2:</u><br><br><input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz<br><input type="checkbox"/> in der Wohnung<br><input type="checkbox"/> andernorts: .....<br><input type="checkbox"/> nicht lokalisierbar/unklar          | <u>Neben-Symptom N2:</u><br><br>.....<br>.....<br>.....<br>-----                                    | .....<br>.....<br>.....<br>----- |                         |  |

\*Bitte den Expositionsort dazu notieren.

## Expositionsbestimmung und -bewertung

### **Anamnestische Angaben**

**A6 Wurde vom Primärzentrum aufgrund anamnestischer Angaben eine erhöhte frühere Exposition konstatiert?<sup>1</sup>**

ja     nein     nb

*Wenn ja:*

**A6.1** Wurde dieser Exposition

- (1) eine lediglich „hygienische Bedeutung“ (ohne klinische Relevanz) beigemessen?<sup>2</sup>  
     ja     nein     nb
- (2) eine toxikologische bzw. klinische Bedeutung beigemessen?<sup>2</sup>  
     ja     nein     nb

**A6.2** Wurde diese Exposition im Sinne einer Initial-Exposition bezüglich MCS gewertet?<sup>2</sup>

ja     nein     nb

*Wenn ja:* Wurde dieser Initial-Exposition

- (1) eine direkt-somatische Wirksamkeit zugeschrieben?  
     ja     nein     nb
- (2) eine psychisch vermittelte Wirksamkeit zugeschrieben?  
     ja     nein     nb

**B6 Würden Sie aufgrund der anamnestischen Angaben ebenfalls eine frühere Exposition als plausibel erachten?**

ja     nein     nb

*Wenn ja:*

**B6.1** Würden Sie dieser Exposition

- (1) eine lediglich „hygienische Bedeutung“ (ohne klinische Relevanz) beimessen?  
     ja     nein     nb
- (2) eine toxikologische bzw. klinische Bedeutung beimessen?  
     ja     nein     nb

**B6.2** Würden Sie diese Exposition im Sinne einer Initial-Exposition bezüglich MCS werten?

ja     nein     nb

*Wenn ja:* Würden Sie dieser Initial-Exp.

- (1) eine direkt-somatische Wirksamkeit zuschreiben?  
     ja     nein     nb
- (2) eine psychisch vermittelte Wirksamkeit zuschreiben?  
     ja     nein     nb

<sup>1</sup>BDB-F21a.

<sup>2</sup>Hierzu enthält der BDB keine Angaben.

**A7 Wurde vom Primärzentrum aufgrund anamnestischer Angaben eine erhöhte aktuelle Exposition konstatiert?<sup>1</sup>**

ja     nein     nb

*Wenn ja:*

**A7.1** Wurde dieser Exposition

- (1) eine lediglich „hygienische Bedeutung“ (ohne klinische Relevanz) beigemessen?<sup>2</sup>  
     ja     nein     nb
- (2) eine toxikologische bzw. klinische Bedeutung beigemessen?<sup>2</sup>  
     ja     nein     nb

**B7 Würden Sie aufgrund der anamnestischen Angaben ebenfalls eine erhöhte aktuelle Exposition vermuten?**

ja     nein     nb

*Wenn ja:*

**B7.1** Würden Sie dieser Exposition

- (1) eine lediglich „hygienische Bedeutung“ (ohne klinische Relevanz) beimessen?  
     ja     nein     nb
- (2) eine toxikologische bzw. klinische Bedeutung beimessen?<sup>2</sup>  
     ja     nein     nb

|   |   |
|---|---|
| <p><b>A7.2</b> Wurde diese Exposition im Sinne einer Trigger-Exposition bezüglich MCS gewertet?<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i> Wurde dieser Initial-Exposition</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) eine direkt-somatische Wirksamkeit zugeschrieben?</li> </ol> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(2) eine psychisch vermittelte Wirksamkeit zugeschrieben?</li> </ol> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><b>B7.2</b> Würden Sie diese Exposition im Sinne einer Trigger-Exposition bezüglich MCS werten?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i> Würden Sie dieser Initial-Exp.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) eine direkt-somatische Wirksamkeit zuschreiben?</li> </ol> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(2) eine psychisch vermittelte Wirksamkeit zuschreiben?</li> </ol> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> |
|---|---|

<sup>1</sup>BDB-F21b.

<sup>2</sup>Hierzu enthält der BDB keine Angaben.

### *Umweltmessungen/-analysen und Human-Biomonitoring*

|  |   |
|--|---|
| <p><b>A8 Durchgeführte Umgebungs- und Biomonitoring-Untersuchungen<sup>1</sup></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>A8.1</b> Ortsbegehung</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnung e, f<br/> <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz e, f<br/> <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... e, f</p> <p><input type="checkbox"/> <b>A8.2</b> Umweltmonitoring</p> <p><input type="checkbox"/> Innenraumluft-Untersuchung e, f<br/> <input type="checkbox"/> Hausstaub-Untersuchung e, f<br/> <input type="checkbox"/> Material-Unters. (Innenraum) e, f<br/> <input type="checkbox"/> Trinkwasser-Untersuchung e, f<br/> <input type="checkbox"/> Schimmelpilz-Untersuchung e, f<br/> <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... e, f<br/> ..... e, f<br/> ..... e, f</p> <p><input type="checkbox"/> <b>A8.3</b> Human-Biomonitoring<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Metalle in B / P / S e, f<br/> <input type="checkbox"/> Metalle nativ in Urin e, f<br/> <input type="checkbox"/> Metalle nach DMPS in Urin e, f<br/> <input type="checkbox"/> Metalle in Speichelproben e, f<br/> <input type="checkbox"/> Metalle/Mineralien in Haaren e, f<br/> <input type="checkbox"/> Org. Verb. in B / P / S e, f<br/> <input type="checkbox"/> Org. Verb. in Urin e, f<br/> <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... e, f<br/> ..... e, f<br/> ..... e, f<br/> ..... e, f</p> | <p><b>B8 Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit und Verlässlichkeit dieser Untersuchungen?</b></p> <p>(zur Interpretation der Befunde s. später)</p> <p><b>B8.1</b> Ortsbegehung:<sup>3</sup></p> <p>- Wohnungsbegehung ..... ( )<br/> - Arbeitsplatzbegehung ..... ( )<br/> - Sonstige Begehung ..... ( )</p> <p><b>B8.2</b> Umweltmonitoring:<sup>3</sup></p> <p>- Innenraumluft-Untersuchung.. ( )<br/> - Hausstaub-Untersuchung ..... ( )<br/> - Material-Unters. (Innenraum)..( )<br/> - Trinkwasser-Untersuchung .... ( )<br/> - Schimmelpilz-Untersuchung ..( )<br/> - Sonstiges .....( )<br/> .....( )<br/> .....( )</p> <p><b>B8.3</b> Human-Biomonitoring:<sup>3</sup></p> <p>- Metalle in B / P / S .....( )<br/> - Metalle nativ in Urin .....( )<br/> - Metalle nach DMPS in Urin ....( )<br/> - Metalle in Speichelproben .....( )<br/> - Metalle/Mineralien in Haaren..( )<br/> - Org. Verb. in B / P / S .....( )<br/> - Org. Verb. in Urin .....( )<br/> - Sonstiges: .....( )<br/> .....( )<br/> .....( )<br/> .....( )</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p><b>B8.4</b> Wären weitere Untersuchungen unbedingt erforderlich gewesen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> nb</p> <p>Falls ja, welche: .....<br/>.....<br/>.....</p> <p>Anmerkungen: .....<br/>.....<br/>.....</p> |
|--|---|

<sup>1</sup> Bitte umkreisen, ob es sich um eigene Untersuchungen (**e**) und/oder Fremduntersuchungen (**f**) handelt.

<sup>2</sup> Zutreffendes Probenmaterial bitte ebenfalls umkreisen (B = Vollblut; P = Plasma; S = Serum).

<sup>3</sup> Bitte geben Sie nacheinander (durch Kommata abgetrennt) die zutreffenden Zifferncodes an:

0 = Die Untersuchung wäre bei uns nicht veranlasst/durchgeführt worden.

1 = Die Untersuchung wäre bei uns eventuell (auch) veranlasst/durchgeführt worden.

2 = Die Untersuchung wäre bei uns sicher (auch) durchgeführt worden.

3 = Bei uns wären zusätzliche bzw. andere diesbezügl. Messungen/Analysen durchgeführt worden.

9 = Die Verlässlichkeit (Güte) der Messergebnisse erscheint aus bestimmten Gründen zweifelhaft.

|  |   |
|--|---|
| <p><b>A9 Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen und Befundinterpretation im Stammzentrum</b></p> <p><b>A9.1</b> Wurden erhöhte Schadstoff-Konzentrationen in der Innenraumluft gemessen? (MVOc s. weiter unten bei Schimmel)</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> in der Wohnung<sub>A9.1.1</sub></li> <li><input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz<sub>A9.1.2</sub></li> <li><input type="checkbox"/> sonstige Räumlichkeiten<sub>A9.1.3</sub></li> </ul> <p>Welche Stoffe/Parameter?<sub>A9.1.10</sub><br/>           (1) .....<br/>           (2) .....<br/>           (3) .....<br/>           (4) .....<br/>           (5) .....<br/>           (6) .....</p> <p>Wurde(n) die Erhöhung(en) durch Kontrollmessung(en) bestätigt?<sub>A9.1.11</sub></p> <p><input type="checkbox"/> ja alle   <input type="checkbox"/> ja, teilweise<br/> <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><b>B9 Wie beurteilen Sie die vom Stammzentrum mitgeteilten Messergebnisse und Befundinterpretationen?</b></p> <p><b>B9.1</b> Wurden erhöhte Schadstoff-Konzentrationen in der Innenraumluft gemessen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> in der Wohnung<sub>B9.1.1</sub></li> <li><input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz<sub>B9.1.2</sub></li> <li><input type="checkbox"/> sonstige Räumlichkeiten<sub>B9.1.3</sub></li> </ul> <p>Welche Stoffe/Parameter?<sub>B9.1.10</sub><br/>           (1) .....<br/>           (2) .....<br/>           (3) .....<br/>           (4) .....<br/>           (5) .....<br/>           (6) .....</p> <p><i>Falls das Stammzentrum auf der linken Seite erhöhte Messwerte mitgeteilt hat:</i></p> <p>Wurden diese durch Kontrollmessung(en) hinreichend bestätigt?<sub>B9.1.11</sub></p> <p><input type="checkbox"/> ja alle   <input type="checkbox"/> ja, teilweise<br/> <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nb</p> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| <p>Wie wurde die Überschreitung festgestellt? <sup>A9.1.12</sup></p> <p><input type="checkbox"/> anhand (nicht toxikol. begründeter) Referenzwerte<br/> <input type="checkbox"/> anhand toxikologisch begründeter Richt- oder Grenzwerte</p>  | <p>Können Sie die Überschreitung bestätigen? <sup>A9.1.12</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja, anhand von (nicht toxikologisch begründeten) Referenzwerten<br/> <input type="checkbox"/> ja, anhand von toxikologisch begründ. Richt- oder Grenzwerten<br/> <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nb</p>   |
| <p>Halten Sie die Konzentrationserhöhung für pathogenetisch/klinisch bedeutsam? <sup>A9.1.13</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ↓<br/> Gilt dies (auch) in Bezug auf MCS? <sup>A9.1.14</sup><br/> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p>                      | <p>Halten Sie die Konzentrationserhöhung für pathogenetisch/klinisch bedeutsam? <sup>B9.1.13</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ↓<br/> Gilt dies (auch) in Bezug auf MCS? <sup>B9.1.14</sup><br/> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p>                      |
| <p><b>A9.2</b> Wurden erhöhte Schadstoff-Konzentrationen im Hausstaub gemessen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p>  | <p><b>B9.2</b> Wurden erhöhte Schadstoff-Konzentrationen im Hausstaub gemessen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p>  |
| <p><i>Wenn ja:</i></p> <p>Halten Sie die Konzentrationserhöhung für pathogenetisch/klinisch bedeutsam? <sup>A9.2.1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ↓<br/> Gilt dies (auch) in Bezug auf MCS? <sup>A9.2.2</sup><br/> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><i>Wenn ja:</i></p> <p>Halten Sie die Konzentrationserhöhung für pathogenetisch/klinisch bedeutsam? <sup>B9.2.1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ↓<br/> Gilt dies (auch) in Bezug auf MCS? <sup>B9.2.2</sup><br/> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> |
| <p><b>A9.3</b> Wurden erhöhte Schadstoff-Konzentrationen in Materialproben aus dem Innenraumbereich gemessen? <sup>A9.2.3</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p>  | <p><b>B9.3</b> Wurden erhöhte Schadstoff-Konzentrationen in Materialproben aus dem Innenraumbereich gemessen? <sup>B9.2.3</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p>  |
| <p><i>Wenn ja:</i></p> <p>Halten Sie die Konzentrationserhöhung für pathogenetisch/klinisch bedeutsam? <sup>A9.3.1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ↓<br/> Gilt dies (auch) in Bezug auf MCS? <sup>A9.3.2</sup><br/> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><i>Wenn ja:</i></p> <p>Halten Sie die Konzentrationserhöhung für pathogenetisch/klinisch bedeutsam? <sup>B9.3.1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ↓<br/> Gilt dies (auch) in Bezug auf MCS? <sup>B9.3.2</sup><br/> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>A9.4</b> Wurden erhöhte Schadstoff-Konzentrationen im Trinkwasser gemessen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i></p> <p>Halten Sie die Konzentrationserhöhung für pathogenetisch/klinisch bedeutsam? <sup>A9.4.1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gilt dies (auch) in Bezug auf MCS? <sup>A9.4.2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><b>A9.5</b> Bestehen begründete Hinweise für einen Schimmelpilz-Befall?</p> <p>(1) Sichtbarer Befall: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> (2) Erhöhte Keimzahl: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> (3) Erh. MVOC-Werte: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> (4) Sonstiges:<br/> ..... <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ..... <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ..... <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><b>A9.6</b> Wurden sonstige relevante Umweltbelastungen nachgewiesen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><b>B9.4</b> Wurden erhöhte Schadstoff-Konzentrationen im Trinkwasser gemessen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i></p> <p>Halten Sie die Konzentrationserhöhung für pathogenetisch/klinisch bedeutsam? <sup>B9.4.1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gilt dies (auch) in Bezug auf MCS? <sup>B9.4.2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><b>B9.5</b> Bestehen begründete Hinweise für einen Schimmelpilz-Befall?</p> <p>(1) Sichtbarer Befall: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> (2) Erhöhte Keimzahl: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> (3) Erh. MVOC-Werte: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> (4) Sonstiges:<br/> ..... <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ..... <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/> ..... <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><b>B9.6</b> Wurden sonstige relevante Umweltbelastungen nachgewiesen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> |
|---|---|

### ***Expositionsabschätzung aufgrund der verfügbaren Messergebnisse***

|  |  |
|--|--|
| <p><b>A10</b> Wurde vom Stammzentrum aufgrund von Messergebnissen eine erhöhte <u>frühere Exposition</u> festgestellt?<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i></p> <p><b>A10.1</b> Wurde dieser Exposition</p> <p>(1) eine lediglich „hygienische Bedeutung“ (ohne klinische Relevanz) beigemessen?<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p>(2) eine toxikologische bzw. klinische Bedeutung beigemessen?<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><b>B10</b> Würden Sie aufgrund der Messergebnisse ebenfalls eine <u>frühere Exposition</u> bestätigen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i></p> <p><b>B10.1</b> Würden Sie dieser Exposition</p> <p>(1) eine lediglich „hygienische Bedeutung“ (ohne klinische Relevanz) beimessen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p>(2) eine toxikologische bzw. klinische Bedeutung beimessen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
| <p><b>A10.2</b> Wurde diese Exposition im Sinne einer Initial-Exposition bezüglich MCS gewertet?<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>  | <p><b>B10.2</b> Würden Sie diese Exposition im Sinne einer Initial-Exposition bezüglich MCS werten?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>  |
| <p><i>Wenn ja:</i> Wurde dieser Initial-Exposition</p> <p>(1) eine direkt-somatische Wirksamkeit zugeschrieben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>(2) eine psychisch vermittelte Wirksamkeit zugeschrieben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>   | <p><i>Wenn ja:</i> Wurde dieser Initial-Exposition</p> <p>(1) eine direkt-somatische Wirksamkeit zugeschrieben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>(2) eine psychisch vermittelte Wirksamkeit zugeschrieben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>  |
| <p><b>A11</b> Wurde vom Stammzentrum aufgrund von Messergebnissen eine erhöhte <u>aktuelle Exposition</u> festgestellt?<sup>1</sup></p>  | <p><b>B11</b> Würden Sie aufgrund der Messergebnisse ebenfalls eine <u>aktuelle Exposition</u> bestätigen?</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>   | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>  |
| <p><i>Wenn ja:</i></p> <p><b>A11.1</b> Wurde dieser Exposition</p> <p>(1) eine lediglich „hygienische Bedeutung“ (ohne klinische Relevanz) beigemessen?<sup>1</sup><br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>(2) eine toxikologische bzw. klinische Bedeutung beigemessen?<sup>2</sup><br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><i>Wenn ja:</i></p> <p><b>B11.1</b> Würden Sie dieser Exposition</p> <p>(1) eine lediglich „hygienische Bedeutung“ (ohne klinische Relevanz) beimessen?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>(2) eine toxikologische bzw. klinische Bedeutung beimessen?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> |
| <p><b>A11.2</b> Wurde diese Exposition im Sinne einer Trigger-Exposition bezüglich MCS gewertet?<sup>3</sup></p>   | <p><b>B11.2</b> Würden Sie diese Exposition im Sinne einer Trigger-Exposition bezüglich MCS werten?</p>   |
| <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>   | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>  |
| <p><i>Wenn ja:</i></p> <p>Wurde dieser Trigger-Exposition</p> <p>(1) eine direkt-somatische Wirksamkeit zugeschrieben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>(2) eine psychisch vermittelte Wirksamkeit zugeschrieben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>  | <p><i>Wenn ja:</i></p> <p>Würden Sie dieser Trigger-Exposition</p> <p>(1) eine direkt-somatische Wirksamkeit zuschreiben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>(2) eine psychisch vermittelte Wirksamkeit zuschreiben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p>                                      |

<sup>1</sup> Vgl. BDB-F25 u. 28.

<sup>2</sup> Vgl. BDB-F29

## Medizinische Untersuchungen und Befundinterpretationen

### Allgemeine medizinische Untersuchungen

|  |  |
|--|--|
| <p><b>A12 Anamneseerhebung</b><br/>(s. Abschnitt <i>Beschwerden u. Exposition</i>)</p> <p><b>A13 Körperliche Untersuchung durchgeführt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/>↓<br/>e, f</p> <p><b>A13.1 Gab es pathologische Befunde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/>↓<br/>In Bezug auf MCS?<br/><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><b>A14 Riechtest (Sniffin Sticks) durchgeführt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><b>A14.1 Lieferte der Riechtest Hinweise auf eine Riechstörung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><b>A15 Wurden labordiagnostische Routineuntersuchungen durchgef.?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/>↓<br/>e, f</p> <p><b>A15.1 Gab es pathologische Befunde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/>↓<br/>In Bezug auf MCS?<br/><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><b>B12</b> (kein Kommentar erforderlich;<br/>s. Abschnitt <i>Beschwerden u. Exposition</i>)</p> <p><b>B13</b> (ggf. Kommentar)</p> <p><b>B14</b> (ggf. Kommentar)</p> <p><b>B15</b> (kein Kommentar erforderlich)</p> |
|--|--|

## Allergologische Diagnostik und Lungenfunktionsprüfung

|   |   |
|---|---|
| <p><b>A16 Wurden allergologische Untersuchungen durchgeführt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja:</i></p> <p><input type="checkbox"/> IgE gesamt e, f<br/><input type="checkbox"/> spezifische IgE (RAST) e, f<br/><input type="checkbox"/> PRICK e, f<br/><input type="checkbox"/> ECT e, f<br/><input type="checkbox"/> orale Provokation e, f<br/><input type="checkbox"/> sonstige: ..... e, f</p> <p>Gab es auffällige Befunde?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p> <p>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....</p> <p><b>A17 Wurden Lungenfunktionstests durchgeführt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb<br/>↓<br/>e, f</p> <p>Gab es pathologische Befunde?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p> <p>.....<br/>.....<br/>.....</p> | <p><b>B16 (ggf. Kommentar)</b></p> <p><b>B17 (ggf. Kommentar)</b></p> |
|---|---|

### **Weitere Diagnostik und Konsile**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>A18 Weitere Diagnostik</b> (ausgenommen Psychodiagn.)</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p> <p>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....</p> <p>Gab es pathologische Befunde?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p> <p>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....</p> <p><b>A19 Konsile</b> (ausgenommen Psychokonsile)</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nb</p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p> <p>.....<br/>.....<br/>.....</p> | <p><b>B18</b> (ggf. Kommentar)</p> <p>.....</p> <p><b>B19</b> (ggf. Kommentar)</p> <p>.....</p> |
|---|---|

## **Psychosomatik/Psychiatrie**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>A20 Wurden psychodiagnostische Verfahren eingesetzt? (über GesFB hinaus)</b></p> <p>CIDI (RKI-Version) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>AMDP <input type="checkbox"/> ja: e,f <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>SKID <input type="checkbox"/> ja: e,f <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <hr/> <p>SOMS <input type="checkbox"/> ja: e,f <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>Andere <input type="checkbox"/> ja: e,f <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb<br/>↓<br/>Welche: .....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Gab es auffällige Befunde?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p><b>A21 Weitere Psychodiagnostik</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Gab es pathologische Befunde?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p><b>A22 Psycho-Konsile</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nb</p> | <p><b>B20 (ggf. Kommentar)</b></p> <hr/> <p><b>B21 (ggf. Kommentar)</b></p> <hr/> <p><b>B22 (ggf. Kommentar)</b></p> |
|--|--|

## Diagnosen und ätiologische Beurteilung

**A23/B23 Welche Diagnose(n) war(en) seinerzeit im Stammzentrum abschließend gestellt worden? (nach BDB-F34)**  
**Auf welche Symptome und Befunde stützen sich die jeweiligen Diagnosen?**

**Wie positionieren sich die fremdbeurteilenden Zentren zu diesen Diagnosestellungen?**

**A23 Diagnosen und zugrunde liegende Symptome/Befunde aus Sicht des Stammzentrums (bezogen auf die im Jahr 2000 erfolgten Diagnosestellungen).** Bitte zu jeder lfd. Nr. nur eine Diagnose angeben (entsprechend BDB-F34!); keine Verdachtsdiagnosen.

| lfd.<br>Nr. | Diagnose<br>(nach BDB-F34) | Zugehörige Symptome | Zugehörige Befunde | ätiologische Einschätzung* |                               |
|-------------|----------------------------|---------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------------|
|             |                            |                     |                    | Code                       | Kommentar<br>(sofern möglich) |
| 1           | Bezeichnung:<br>.....      | .....               | .....              |                            |                               |
|             | ICD-Code: .....            |                     |                    |                            |                               |
|             | Dauer u. Verlauf: .....    |                     |                    |                            |                               |
| 2           | Bezeichnung:<br>.....      | .....               | .....              |                            |                               |
|             | ICD-Code: .....            |                     |                    |                            |                               |
|             | Dauer u. Verlauf: .....    |                     |                    |                            |                               |
| 3           | Bezeichnung:<br>.....      | .....               | .....              |                            |                               |
|             | ICD-Code: .....            |                     |                    |                            |                               |
|             | Dauer u. Verlauf: .....    |                     |                    |                            |                               |

*Fortsetzung A23*

| Ifd.<br>Nr. | Diagnose<br>(nach BDB-F34) | Zugehörige Symptome | Zugehörige Befunde      | ätiologische Einschätzung*(sofern möglich) |           |
|-------------|----------------------------|---------------------|-------------------------|--|-----------|
|             |                            |                     |                         | Code                                       | Kommentar |
| 4           | Bezeichnung:<br>.....      | ICD-Code: .....     | Dauer u. Verlauf: ..... |  |           |
| 5           | Bezeichnung:<br>.....      | ICD-Code: .....     | Dauer u. Verlauf: ..... |  |           |
| 6           | Bezeichnung:<br>.....      | ICD-Code: .....     | Dauer u. Verlauf: ..... |  |           |

\*Ätiologische Einschätzung: Bitte verwenden Sie zur Darstellung der ätiologischen Einschätzung die folgende Codierung: 1: hauptsächlich schadstoffbedingt

2: Schadstoff als Kofaktor (Teilursache)

3: Psychogenese

4: psychosoziale Belastung

5: allergische Diathese

6: Sonstiges

Bitte spezifizieren Sie im Kommentar die ätiologischen Faktoren und stellen Sie insbesondere bei psychischen Störungen heraus, ob es sich um eine primäre Genese oder eine sekundäre Entwicklung handelt.

### B23 Fremdbeurteilung

Bitte beziehen Sie Ihre Beurteilung auf die Tabelle A23 und beurteilen Sie, wie plausibel sie die Einschätzung finden. (Die Angabe *plausibel* bedeutet so viel wie *verlässlich, nachvollziehbar* oder *begründet*, entsprechend bedeutet *nicht plausibel* so viel wie *nicht verlässlich, bzw. nicht nachvollziehbar* oder *nicht begründet*).

| Diagn.<br>Ifd. Nr. | Fremdbeurteilung   |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|
|                    | Diagnose   | Symptome   | Befunde  | Ätiolog. Einschätzg.   |
| 1                  | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
| 2                  | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
| 3                  | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
| 4                  | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
| 5                  | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
| 6                  | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> plausibel<br><input type="checkbox"/> fraglich<br><input type="checkbox"/> nicht plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |

### A24/B24 Welche Verdachtsdiagnose(n) war(en) seinerzeit im Stammzentrum abschließend gestellt worden? (nach BDB-F36)

Wie positionieren sich die fremdbeurteilenden Zentren zu diesen Verdachtsdiagnosen?

| A<br>Stammzentrum<br>(Verdachtsdiagnosen nach BDB-F36) | B<br>Fremdbeurteilendes Zentrums  |
|--|---|
|  | <input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose plausibel<br><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose wenig plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
|  | <input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose plausibel<br><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose wenig plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
|  | <input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose plausibel<br><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose wenig plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |

|  |   |
|--|---|
|  | <input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose plausibel<br><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose wenig plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
|  | <input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose plausibel<br><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose wenig plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |
|  | <input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose plausibel<br><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose wenig plausibel<br><input type="checkbox"/> nb |

### A25/B25 Organische Erkrankung – funktionelle Störung – psychische Störung?

(vgl. BDB-F31)

| Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine ... | A<br>Stammzentrum<br>(Angaben nach BDB-F31)  | B<br>Fremdbeurteilendes Zentrum  |
|---|--|--|
| organische Erkrankung?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nb |
| funkt. Störung oder Befindlichkeitsstörung?                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nb |
| psychische/psychosom. Störung?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nb |

### A26/B26 Kausalitätsbeurteilung: Wie wahrscheinlich ist im vorliegenden Fall ein kausaler Zusammenhang zwischen Umweltnoxen und den berichteten Gesundheitsbeschwerden? (vgl. BDB-F38)

| A<br>Stammzentrum<br>(Angabe nach BDB-F38)  | B<br>Fremdbeurteilendes Zentrum   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich<br><input type="checkbox"/> möglich, aber wenig wahrscheinlich*<br><input type="checkbox"/> wahrscheinlich*<br><input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich*<br><br><input type="checkbox"/> nb | <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich<br><input type="checkbox"/> möglich, aber wenig wahrscheinlich*<br><input type="checkbox"/> wahrscheinlich*<br><input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich*<br><br><input type="checkbox"/> nb |

\*Falls nur ein Teilzusammenhang erkennbar ist, bitte die jeweilige Kategorie mit „TZ“ markieren.

**A27/B27 Umwelterkrankung?**  
(vgl. BDB-F40)

|   | <b>A<br/>Stammzentrum<br/>(Angaben nach<br/>BDB-F40)</b>  | <b>B<br/>Fremdbeurteilendes<br/>Zentrum</b>   |
|---|---|---|
| Liegt eine <u>umweltbedingte</u> Erkrankung i.e.S. vor? | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich |
| Handelt es sich dabei um eine MCS i.e.S.*               | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich |

\*Das heißt, um eine (nicht psychosomatisch erklärbare) somatische Überempfindlichkeit gegenüber verschiedenen Umweltagenzen.

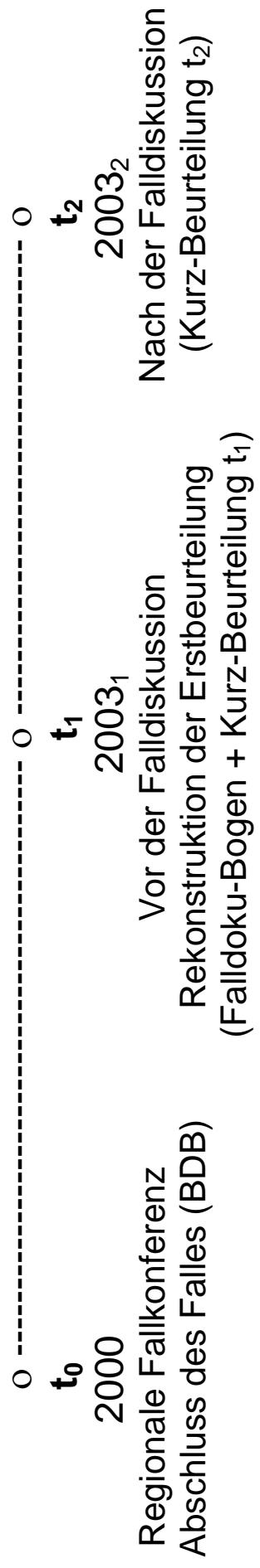
**Liegt eine MCS vor?**

**A28/B28 MCS-Einstufung**

|                       | <b>A<br/>Stammzentrum<br/>(Angaben nach<br/>BDB-F40)</b>  | <b>B<br/>Fremdbeurteilendes<br/>Zentrum</b>   |
|-----------------------|---|---|
| <b>Ebene 0: sMCS</b>  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich |
| <b>Ebene 1: MCS1</b>  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich |
| <b>Ebene 2: MCS 2</b> | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> unklar, fraglich |

Datum: ..... Name: ..... Unterschrift: .....

# Zeitmarken der Fallbeurteilung





# Kurz-Beurteilung im Zentrenvergleich zum Zeitpunkt t<sub>1</sub>

Stammzentrum: ..... ID: ..... Untersuchungsjahr: 200\_

Die im Falldoku-Bogen enthaltenen Angaben werden hier auf wesentliche Aspekte des Falles verdichtet. Diese komprimierte Beurteilung erfolgt wiederum separat durch jedes Zentrum (vor der eigentlichen Falldiskussion, Zeitpunkt t<sub>1</sub>). Die Beurteilung soll mit der im Jahr 2000 im BDB gegebenen Einschätzung (t<sub>0</sub>) kompatibel sein.

## 1. Expositionsabschätzung (t<sub>1</sub>) [A/B 6-11]

**Bestehen genügend Anhaltspunkte für eine erhöhte *frühere* Exposition?**

| Stammzentrum X                | Zentrum Xf                    | Zentrum Xff                   | Zentrum Xfff                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

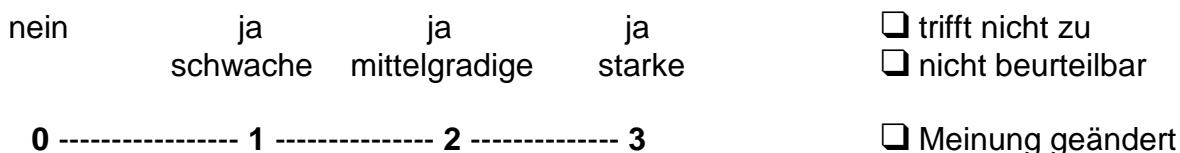
nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.



**Bestehen genügend Anhaltspunkte für eine erhöhte *aktuelle* Exposition?**

| Stammzentrum X                | Zentrum Xf                    | Zentrum Xff                   | Zentrum Xfff                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.



Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

**2. Bestehen genügend Anhaltspunkte für eine erhöhte Suszeptibilität? (t<sub>1</sub>)**

| Stammzentrum X                | Zentrum Xf                    | Zentrum Xff                   | Zentrum Xfff                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

|          |               |         |         |  |
|----------|---------------|---------|---------|--|
| nein     | ja            | ja      | ja      | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu<br><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| schwache | mittelgradige | starke  |         |  |
| 0 -----  | 1 -----       | 2 ----- | 3 ----- | <input type="checkbox"/> Meinung geändert  |

Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

**3. Organische Erkrankung (t<sub>1</sub>) [vgl. A/B 25, Fragestellung ergänzt]**

**Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine organische Erkrankung? (Soll heißen: Ist ein wesentlicher Teil der Beschwerden organisch bedingt?)**

| Stammzentrum X                | Zentrum Xf                    | Zentrum Xff                   | Zentrum Xfff                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

|          |               |         |         |  |
|----------|---------------|---------|---------|--|
| nein     | ja            | ja      | ja      | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu<br><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| schwache | mittelgradige | starke  |         |  |
| 0 -----  | 1 -----       | 2 ----- | 3 ----- | <input type="checkbox"/> Meinung geändert  |

Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

**4. Psychische/psychosomatische Störung (t<sub>1</sub>)** [vgl. A/B 25, Fragestellung ergänzt]

**4.1 Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine primäre psychische/psychosomatische Störung?** (Soll heißen: Ist ein wesentlicher Teil der Beschwerden primär psychogen verursacht?)

| Stammzentrum X                | Zentrum Xf                    | Zentrum Xff                   | Zentrum Xfff                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

|                           |               |        |    |  |
|---------------------------|---------------|--------|----|--|
| nein                      | ja            | ja     | ja | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu   |
| schwache                  | mittelgradige | starke |    | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 |               |        |    | <input type="checkbox"/> Meinung geändert  |

Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

**4.2 Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine sekundär-psychische/psychosomatische Störung?** (Soll heißen: Ist ein wesentlicher Teil der Beschwerden als psychische Auswirkung der Umwelterkrankung aufzufassen?)

| Stammzentrum X                | Zentrum Xf                    | Zentrum Xff                   | Zentrum Xfff                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

|                           |               |        |    |  |
|---------------------------|---------------|--------|----|--|
| nein                      | ja            | ja     | ja | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu   |
| schwache                  | mittelgradige | starke |    | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 |               |        |    | <input type="checkbox"/> Meinung geändert  |

Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

## 5. Kausalitätsbeurteilung ( $t_1$ ) [vgl. A/B 26]

**Wie wahrscheinlich ist im vorliegenden Fall ein kausaler Zusammenhang zwischen Umweltnoxen und den berichteten Gesundheitsbeschwerden? (vgl. A/B 26)**

| Stammzentrum X                               | Zentrum Xf                                   | Zentrum Xff                                  | Zentrum Xfff                                 |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich    | <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich    | <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich    | <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich    |
| <input type="checkbox"/> möglich, aber w. w. |
| <input type="checkbox"/> wahrscheinlich      | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich      | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich      | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich      |
| <input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich |
| <input type="checkbox"/> nb                  | <input type="checkbox"/> nb                  | <input type="checkbox"/> nb                  | <input type="checkbox"/> nb                  |

Falls nur ein Teilzusammenhang erkennbar ist, bitte die jeweilige Kategorie mit „TZ“ markieren.

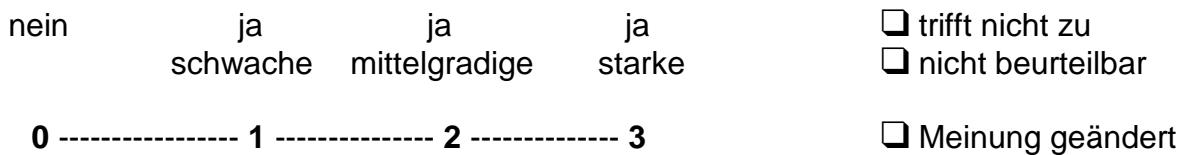
nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

## 6. Umwelterkrankung ( $t_1$ ) [vgl. A/B 27]

**Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine umweltbedingte Erkrankung (i.e.S.)?**

| Stammzentrum X                | Zentrum Xf                    | Zentrum Xff                   | Zentrum Xfff                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.



### Farbmarkierung:

Berlin-rot

Bredstedt-grün

Gießen-blau

München-schwarz

## 7. MCS-Einstufung (t<sub>1</sub>) [vgl. A/B 28]

**Ergab die Falldiskussion hinlängliche Anhaltspunkte für eine durch Chemikalien verursachte/getriggerte MCS-Störung (= MCS 2)?**

| Stammzentrum X                | Zentrum Xf                    | Zentrum Xff                   | Zentrum Xfff                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

|          |               |         |         |  |
|----------|---------------|---------|---------|--|
| nein     | ja            | ja      | ja      | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu   |
| schwache | mittelgradige | starke  |         | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 0 -----  | 1 -----       | 2 ----- | 3 ----- | <input type="checkbox"/> Meinung geändert  |

Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz



# Abschließende Kurz-Beurteilung im Zentrenvergleich zum Zeitpunkt t<sub>2</sub>

Stammzentrum: ..... ID: ..... Untersuchungsjahr: 200\_

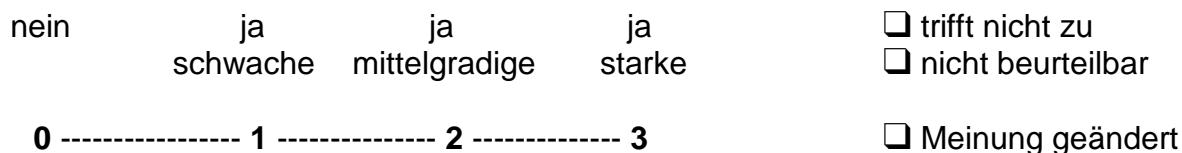
Nach der Falldiskussion werden einige wesentliche Aspekte des Falles noch einmal von allen Zentren getrennt und ggf. neu bewertet. Falls die frühere Einschätzung korrigiert wird, ist dies unter „Meinung geändert“ zu kennzeichnen.

## 1. Expositionsabschätzung (t<sub>2</sub>) [vgl. A/B 6-11]

**Bestehen genügend Anhaltspunkte für eine erhöhte *frühere* Exposition?**

| Stammzentrum X                            | Zentrum Xf                                | Zentrum Xff                               | Zentrum Xfff                              |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> ja               |
| <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> nein             |
| <input type="checkbox"/> nb               | <input type="checkbox"/> nb               | <input type="checkbox"/> nb               | <input type="checkbox"/> nb               |
| <input type="checkbox"/> Meinung geändert |

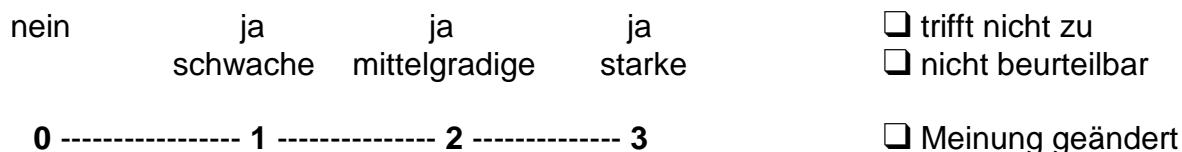
nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.



**Bestehen genügend Anhaltspunkte für eine erhöhte *aktuelle* Exposition?**

| Stammzentrum X                            | Zentrum Xf                                | Zentrum Xff                               | Zentrum Xfff                              |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> ja               |
| <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> nein             |
| <input type="checkbox"/> nb               | <input type="checkbox"/> nb               | <input type="checkbox"/> nb               | <input type="checkbox"/> nb               |
| <input type="checkbox"/> Meinung geändert |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.



Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

Der Bogen ist ansonsten analog zur t<sub>1</sub>-Version aufgebaut (s. dort),  
so dass die restlichen Seiten hier nicht abgedruckt sind.

## 1. Expositionssabschätzung

### 1.1 Bestehen genügend Anhaltspunkte für eine erhöhte **frühere** Exposition?

| Berlin                                 | Bredstedt                     | Gießen                        | München                       |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb            | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

nein                ja                ja                ja  
schwache            mittelgradige            starke

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

#### Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

## 1. Expositionsabschätzung

### 1.2 Bestehen genügend Anhaltspunkte für eine erhöhte **aktuelle** Exposition?

| Berlin                        | Bredstedt                     | Gießen                        | München                       |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

nein                        ja                        ja  
schwache                mittelgradige            starke

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

- trifft nicht zu
- nicht beurteilbar
- Meinung geändert

Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

## 2. Bestehen genügend Anhaltspunkte für eine erhöhte Suszeptibilität?

| Berlin                        | Bredstedt                     | Gießen                        | München                       |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

nein                    ja                    ja                    ja  
schwache            mittelgradige        starke

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Meinung geändert

Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

### 3. Organische Erkrankung

**Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine organische Erkrankung? (Soll heißen: Ist ein wesentlicher Teil der Beschwerden organisch bedingt?)**

| Berlin                        | Bredstedt                     | Gießen                        | München                       |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

nein                        ja                        ja  
schwache                mittelgradige            starke

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

trifft nicht zu  
 nicht beurteilbar

Meinung geändert

Farbmarkierung:

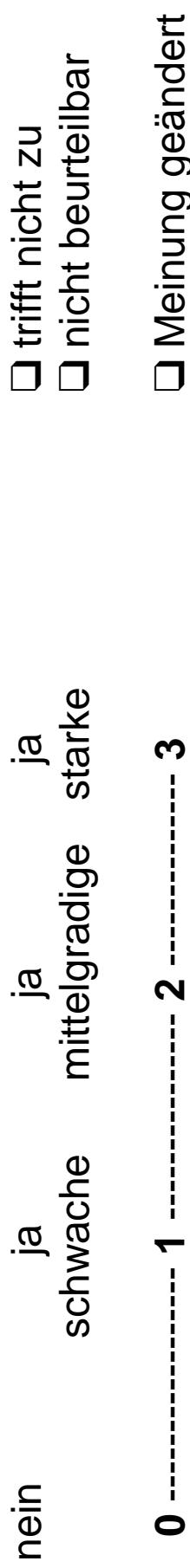
Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

## 4. Psychische/psychosomatische Störung

**4.1 Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine *primäre psychische/psychosomatische Störung?* (Soll heißen: Ist ein wesentlicher Teil der Beschwerden primär psychogen verursacht?)**

| Berlin                                 | Bredstedt                     | Gießen                        | München                       |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb            | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.



Farbmarkierung:

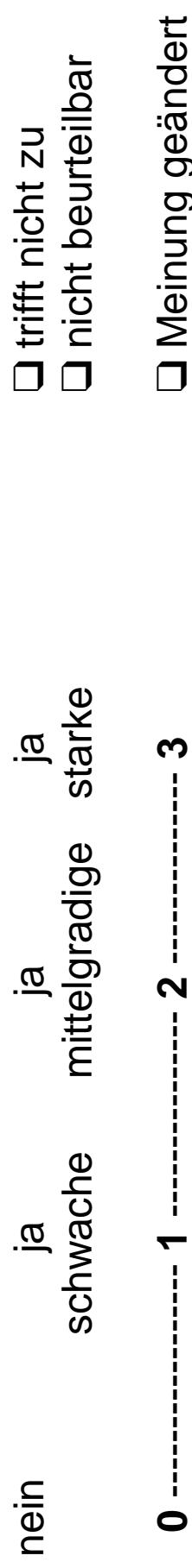
Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

## 4. Psychische/psychosomatische Störung

**4.2 Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine **Sekundär-psychische/psychosomatische Störung?** (Soll heißen: Ist ein wesentlicher Teil der Beschwerden als psychische Auswirkung der Umwelterkrankung aufzufassen?)**

| Berlin                                 | Bredstedt                     | Gießen                        | München                       |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb            | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.



Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

## 5. Kausalitätsbeurteilung

Wie wahrscheinlich ist im vorliegenden Fall ein kausaler Zusammenhang zwischen Umweltnoxen und den berichteten Gesundheitsbeschwerden?

| Berlin                                       | Bredstedt                                    | Gießen                                       | München                                      |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich    | <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich    | <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich    | <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich    |
| <input type="checkbox"/> möglich, aber w. w. |
| <input type="checkbox"/> wahrscheinlich      | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich      | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich      | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich      |
| <input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich |
| <input type="checkbox"/> nb                  | <input type="checkbox"/> nb                  | <input type="checkbox"/> nb                  | <input type="checkbox"/> nb                  |

Falls nur ein Teilzusammenhang erkennbar ist, bitte die jeweilige Kategorie mit „TZ“ markieren.

## 6. Umwelterkrankung

**Ergab die diagnostische Abklärung hinlängliche Anhaltspunkte für eine umweltbedingte Erkrankung (i.e.S.)?**

| Berlin                        | Bredstedt                     | Gießen                        | München                       |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

nein                    ja                    ja                    ja  
schwache            mittelgradige        starke

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

Meinung geändert

Farbmmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz

## 7. MCS-Einstufung

**Ergab die Falldiskussion hinlängliche Anhaltspunkte für eine durch Chemikalien verursachte/getriggerte MCS-Störung (=MCS 2)**

| Berlin                        | Bredstedt                     | Gießen                        | München                       |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   | <input type="checkbox"/> nb   |

nb = Restkategorie: (1) nicht beurteilbar, Datenlage unzureichend; (2) unklar, fraglich, weiß nicht; (3) trifft nicht zu.

nein                    ja                    ja                    ja  
schwache            mittelgradige        starke

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3

- Meinung geändert
- trifft nicht zu
- nicht beurteilbar

Farbmarkierung:

Berlin-rot  
Bredstedt-grün  
Gießen-blau  
München-schwarz



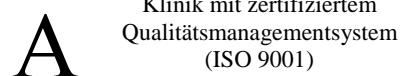
## **Datenschutz**

- Am Beispiel des Berliner Zentrums -



CHARITÉ D-10098 BERLIN

CAMPUS CHARITÉ MITTE  
Klinik für Dermatologie, Venerologie  
und Allergologie  
Direktor: Prof. Dr. med. W. Sterry



**ALLERGOLOGIE**  
PD Dr. med. M. Worm  
E-mail: margitta.worm@charite.de  
Tel. +4930 450-518105  
Tel. +4930 450-518-058 (Schwester)  
Fax +4930 450-518-919

**Verbundprojekt der Charité und  
des Robert Koch-Instituts zu "umweltbezogenen Erkrankungen"  
(Verlauf und Prognose des MCS-Syndroms)**

**Erklärung zum Datenschutz  
und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben**

Die im Rahmen der medizinischen Untersuchungen erhobenen Daten werden in der Charité in der für Patienten üblichen Weise dokumentiert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Alle patientenbezogenen Daten verbleiben in der Klinik bzw. in der Umweltmedizinischen Ambulanz und sind nur den dortigen, in die Versorgung des betreffenden Patienten involvierten Mitarbeitern zugänglich.

Im Rahmen der Studie werden unter Beteiligung des Robert Koch Instituts zusätzliche umweltmedizinische Untersuchungen (zum Teil in Verbindung mit Ortsbegehungen) durchgeführt. Die hiermit betrauten ärztlichen und technischen Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht.

Am Robert Koch Institut erfolgt zudem die *statistische* Auswertung der erhobenen Daten in anonymisierter Form unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen für den Datenschutz. Die zu einem Patienten gehörenden Einzeldatensätze sind dabei über eine Code-Nummer, also ohne Name und Anschrift, miteinander verknüpft. Die auswertenden Mitarbeiter verfügen nur über Angaben in anonymisierter Form, werten diese also ohne Namen und Anschrift aus. Die so ausgewerteten Daten lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Patienten oder Probanden zu. Niemand kann demnach aus den Ergebnissen der statistischen Auswertung erkennen, von welchen Personen die Angaben stammen.

Sollte die Charité oder das Robert Koch Institut im Rahmen späterer umweltmedizinischer Forschungsprojekte weitere Untersuchungen bei Ihnen durchführen wollen, so werden Sie vorab erneut über die Ziele der

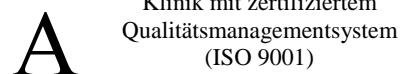
Untersuchung und den Umgang mit Ihren Daten informiert und wieder um Ihr Einverständnis gebeten. Die Teilnahme an einer Folgebefragung oder – untersuchung ist ebenfalls freiwillig.

Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen im Rahmen des Vorhabens sind verantwortlich:

im Bereich des  
Robert Koch Instituts  
Dr. med. Dieter Eis

—  
im Bereich der Umweltmed. Ambulanz  
Charité, Hautklinik, Allergologie  
PD Dr. med. Margitta Worm

CHARITÉ D-10098 BERLIN

CAMPUS CHARITÉ MITTE  
Klinik für Dermatologie, Venerologie  
und Allergologie  
Direktor: Prof. Dr. med. W. Sterry

**ALLERGOLOGIE**  
PD Dr. med. M. Worm  
E-mail: margitta.worm@charite.de  
Tel. +4930 450-518105  
Tel. +4930 450-518-058 (Schwester)  
Fax +4930 450-518-919

## Patienteninformation

### Genanalyse bezüglich einer „mehrfachen Chemikalien-Unverträglichkeit“ (MCS)

Es soll untersucht werden, ob Sie genetische Besonderheiten aufweisen, die Sie gegenüber Umweltgiften besonders empfindlich machen. Dies betrifft:

1. Enzyme, die an der Umwandlung (dem „Abbau“) von Schadstoffen beteiligt sind.
2. Rezeptoren, an die Fremdstoffe binden können und die dadurch unter Umständen schädliche Wirkungen entfalten können.
3. Enzyme, die an der Entstehung und an der Eliminierung reaktiver Sauerstoffverbindungen beteiligt sind.
4. Eiweißstoffe, die am Transport von Fremdstoffen durch Zellschichten (z.B. der Haut oder Darmschleimhaut) beteiligt sind.
5. Enzyme, die an der Reparatur von möglicherweise fremdstoffverursachten Schäden der Erbsubstanz (DNA) beteiligt sind.
6. Enzyme und Rezeptoren, die an Entzündungsreaktionen beteiligt sind, z.B. die Chemokine und Prostaglandine.

Die geschilderte Untersuchung erfolgt mit Hilfe eines molekulargenetischen Verfahrens, das man PCR (= Polymerase-Kettenreaktion) nennt. Hierzu wird von Ihnen lediglich eine kleine Blutprobe (8 Milliliter) benötigt. Die Blutprobe wird im Institut für Klinische Pharmakologie der Charité in Berlin analysiert.

Die beabsichtigte Untersuchung ist freiwillig und kostenlos. Sie wird in Verbindung mit einem Forschungsprojekt zur „mehrfachen Chemikalienunverträglichkeit“ (MCS) angeboten. Die Untersuchung wird durch das Umweltbundesamt (bzw. durch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit) finanziert.

Die Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Untersuchungsergebnisse dürfen lediglich in anonymisierter Form, das heißt

ohne Name und Adresse, wissenschaftlich ausgewertet und veröffentlicht werden.

Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, alle mich bezüglich der Studie interessierenden Fragen zu stellen.

Bemerkungen oder Einschränkungen zum gültigen Umfang der Einverständniserklärung:

Keine (ggf. streichen) \_\_\_\_\_

(Ort) \_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

Name (Druckbuchstaben)

Unterschrift (Teilnehmer/-in)

CHARITÉ D-10098 BERLIN

CAMPUS CHARITÉ MITTE  
Klinik für Dermatologie, Venerologie  
und Allergologie  
Direktor: Prof. Dr. med. W. Sterry

A Klinik mit zertifiziertem  
Qualitätsmanagementsystem  
(ISO 9001)

**ALLERGOLOGIE**  
PD Dr. med. M. Worm  
E-mail: margitta.worm@charite.de  
Tel. +4930 450-518105  
Tel. +4930 450-518-058 (Schwester)  
Fax +4930 450-518-919

## Einverständniserklärung

### **zur Beteiligung an dem Verbundprojekt der Charité und des Robert Koch-Instituts zu "umweltbezogenen Erkrankungen" (Verlauf und Prognose des MCS-Syndroms)**

Ich habe die Patienteninformationen und die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und erkläre mich bereit, an den Untersuchungen teilzunehmen. Die Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden in der Charité vorgenommen (Ausnahme Hausbesuch und Messungen vor Ort). Alle Untersuchungen sind selbstverständlich freiwillig. Die im Rahmen des Forschungsprojektes angebotenen und über die normalen ärztlichen Versorgungsleistungen hinausgehenden umweltmedizinischen Spezialuntersuchungen sind ebenfalls freiwillig und kostenlos.

Über die ärztliche Betreuung hinaus, gestatte ich den Projektmitarbeitern, die erhobenen Daten anonym, das heißt ohne Verbindung zu den personenbezogenen Daten (Name und Adresse) wissenschaftlich auszuwerten und zu veröffentlichen.

Ich bin darüber informiert, daß ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie schriftlich mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann. In einem solchen Fall werden mein Name und meine Adresse aus der *geschützten* Personendatei gelöscht, ohne daß mir dadurch im Hinblick auf die ärztliche Betreuung irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich erkläre mich bereit, daß ein kleiner Teil meiner Blutprobe aufgehoben und gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt auf derzeit noch nicht bekannte oder bestimmbare Schadstoffe, Effektmarker oder Empfindlichkeitsmarker hin untersucht und in Verbindung mit den Blutproben der anderen Patienten bzw. Studienteilnehmer anonym ausgewertet wird.

Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, alle mich bezüglich der Studie interessierenden Fragen zu stellen.

Bemerkungen oder Einschränkungen zum gültigen Umfang der Einverständniserklärung:

Keine (ggf. streichen) \_\_\_\_\_

(Ort) \_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

---

Name (Druckbuchstaben)

Unterschrift (Teilnehmer/-in)