

Deutsche Umwelt- und Gesundheitsinitiative e.V.

65929 Frankfurt am Main Höchster Markt 5 Tel.: (069) 36 00 79 05 Fax: (069) 36 00 79 06

Wir bitten Sie um eine möglichst ausführliche und genaue Beantwortung der nachfolgend aufgeführten Fragen. Sie helfen uns damit, die für die Analyse in Frage kommenden Schadstoffe unter Umständen einzugrenzen und können sich dadurch gegebenenfalls überflüssige Kosten ersparen. Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name : _____
Straße: _____
Ort : _____

Beschreiben Sie bitte in Stichworten die (Krankheits-) Symptome (Zeitpunkt des ersten Auftretens) in der Reihenfolge ihres Schweregrades

Falls Blut-/Urinuntersuchungen auf Schadstoffe durchgeführt wurden, legen Sie bitte die Ergebnisse dieser Untersuchungen als Fotokopien bei (ggf. auch Berichte anderer Messinstitute).

Leiden Sie unter Allergien? (Welche Person, welche Allergie/n?)

Welche Personen leiden unter den beschriebenen (Krankheits-) Symptomen/sind betroffen? (Bitte fügen Sie das Alter in Klammern bei und ordnen Sie die Betroffenen nach dem Schweregrad der Symptome).

Berufe der betroffenen Personen (bei Kindern Kindergarten-, Schulbesuch etc. angeben)

Wird Symptomverstärkung/-verminderung beobachtet?	Ja/Nein
Bei allen Personen	Ja/Nein
Beobachten Sie jahreszeitliche Verschlechterung	Ja/Nein
Wenn ja, wann? _____	
Tritt zu bestimmten Jahreszeiten Verbesserung ein?	Ja/Nein
Wenn ja, wann? _____	
Beobachten Sie tageszeitliche Verschlechterung	Ja/Nein
Wenn ja, wann? _____	
Tritt zu einer bestimmten Tageszeit Verbesserung auf	Ja/Nein
Wenn ja, wann? _____	

Deutsche Umwelt- und Gesundheitsinitiative e.V.

65929 Frankfurt am Main Höchstler Markt 5 Tel.: (069) 36 00 79 05 Fax: (069) 36 00 79 06

Gibt es Räume in denen die Symptome besonders stark auftreten? Bitte geben Sie diese der Reihenfolge nach an, beginnend mit dem Raum in dem Sie die Ursache für die stärksten Symptome vermuten.

Wie lange ist die tägliche Aufenthaltsdauer in den betreffenden Räumen?

Anschaffungen und Veränderungen (bzw. die Raumausstattung der Wohnung):

Wurde eine Renovierung der Wohnung bzw. eines Raumes durchgeführt? Wenn ja geben Sie bitte das Datum der Renovierung an : _____

Falls nur ein/mehrere Zimmer, welche(s) : _____

Welche Arbeiten wurden durchgeführt?

Zimmer : _____

Auftrag von Wandfarbe?/Hersteller : _____

Fläche : _____

Tapetenart : _____ Hersteller : _____

Fläche : _____

Türanstrich : Farbe _____ Hersteller : _____

Fläche : _____

Fensteranstrich? Farbe _____ Hersteller _____

Andere _____

Bei weiteren Räumen bitte auf der Rückseite vermerken.

Holzverkleidungen

Ja/Nein

Welches Zimmer _____

Bei weiteren Zimmern bitte auf der Rückseite vermerken.

Holzvorbehandlung mit _____ Hersteller _____

Farbaufstrich mit _____ Hersteller _____

Wann _____ Wie oft? _____ Fläche : _____

Parkettboden

Zimmer : _____

Wann verlegt _____ wann versiegelt _____

Verwendete

Versiegelung _____ Fläche _____

Teppichboden

Zimmer : _____ **Ja/Nein**

Wann verlegt _____ Art des Teppichbodens _____

Hersteller _____ wurde der Teppichboden verklebt __ Ja/Nein __ Fläche : _____

Deutsche Umwelt- und Gesundheitsinitiative e.V.

65929 Frankfurt am Main Höchstler Markt 5 Tel.: (069) 36 00 79 05 Fax: (069) 36 00 79 06

Andere Bodenbeläge/Zimmer, Art, Fläche

Vorhänge Ja/Nein

Zimmer _____

Wann _____ Material _____ Hersteller _____

Einbau neuer Fenster? (Datum _____) Ja/Nein

Kunststoff Ja/Nein Holz Ja/Nein Metall Ja/Nein

Möbel (Lieferdatum _____) Ja/Nein

Sind die Möbel aus Vollholz Ja/Nein

aus Pressspan furniert mit Holz Ja/Nein

aus Pressspan furniert mit Kunststoff Ja/Nein

Bitte auf der Rückseite die Art der Möbel beschreiben.

Falls eine Behandlung schimmelbefallener Flächen durchgeführt wurde,

Zimmer _____

Welches Mittel _____ Hersteller _____

Wie groß schätzen Sie die behandelte Fläche? (_____ qm)

Verwenden Sie Desinfektionsmittel? Ja/Nein

Bezeichnung _____ Hersteller _____

Verwenden Sie Pflanzenschutzmittel? Ja/Nein

Bezeichnung _____ Hersteller _____

Verwenden Sie Insektizide? Ja/Nein

Bezeichnung _____ Hersteller _____

Verwenden Sie Mottenschutzmittel Ja/Nein

Bezeichnung _____ Hersteller _____

Wenn ja, in welchen Räumen?

Besitzt der Raum eine Klimaanlage?

Leuchtstoffröhren? Wenn ja, in welchen Räumen _____

Haben Sie Haustiere? Ja/Nein

Wenn ja, welche? _____

Verwenden Sie Hunde-/Katzenflohband Ja/Nein

Andere Insektizide für Haustiere Ja/Nein

Wenn ja, welche? _____

Deutsche Umwelt- und Gesundheitsinitiative e.V.

65929 Frankfurt am Main Höchstler Markt 5 Tel.: (069) 36 00 79 05 Fax: (069) 36 00 79 06

Schlaf- und Kinderzimmer :

(Falls mehrere Schlafzimmer vorhanden sind, diese bitte auf der Rückseite vermerken)

Furnierte Pressspanmöbel Ja/Nein

Vollholzmöbel Ja/Nein

Womit wurden die Vollholzmöbel behandelt? _____ wann _____

Art des Bodenbelags _____ Fläche _____

Ist der Bodenbelag verklebt? Ja/Nein

Besteht eine Wand/Deckenverkleidung aus

Holz Ja/Nein Fläche : _____

Kork Ja/Nein Fläche : _____

Vinyltapete Ja/Nein Fläche : _____

Andere Materialien Ja/Nein Fläche : _____

Welche? _____ Fläche : _____

Sind Nachtspeicheröfen vorhanden? Ja/Nein

Baujahr _____ Hersteller _____ Typenbezeichnung _____

Handelt es sich um einen

Neubau Ja/Nein Fachwerkhaus Ja/Nein

Altbau Ja/Nein Haus aus Betonfertigteilen Ja/Nein

Renovierter Altbau Ja/Nein Einfamilienhaus Ja/Nein

Mehrfamilienhaus Ja/Nein Anzahl der Mietparteien _____

Ausgebautes Dachgeschoss Ja/Nein

Fertighaus? Typ? _____ (_____) _____ Ja/Nein

Andere : _____

(Bitte fügen Sie das Jahr des Hausbaus etc. in die Klammern ein)

Wo liegt Ihre Wohnung/Haus?

Großstadt Ja/Nein stark befahrener Straße Ja/Nein

Kleinstadt Ja/Nein am Waldrand Ja/Nein

Dorf Ja/Nein in der Nähe von landwirtsch. Anbau Ja/Nein

Weinanbaugebiet Ja/Nein

In der Nähe von Industrieanlagen Ja/Nein

Wenn Ja, welche?

Wenn der ausgesparte Platz für Ihre Beantwortung nicht ausreichen sollte, verwenden Sie bitte die Rückseite, bzw. zusätzliche Blätter.