



B. Fragen zu Ihren Beschwerden

B1. Ich leide derzeitig unter

(38)

B2. Diese Beschwerden bestehen seit etwa |_|_| (Monat) |_|_|_|_| (Jahr)

(39-44)

B3. Die Beschwerden 1 bestehen dauernd
 2 treten zeitweilig auf

(45)

B4. Die Beschwerden 1 haben sich verschlechtert
 2 haben sich gebessert

(46)

B5. Sie werden beeinflusst durch (*Mehrfachantworten möglich*)

- 1 Wetter
- 2 Streß
- 3 Ernährung
- 4 körperliche Belastung
- 5 Aufenthaltsort
- 6 Jahreszeit
- 7 Tageszeit

- 8 nichts davon

(47-54)

B6. Sie bessern sich (*Mehrfachantworten möglich*)

- 1 im Urlaub/auf Reisen
- 2 an Wochenenden
- 3 zu Hause
- 4 bei der Arbeit
- 5 durch Sonstiges: _____

- 6 sie bessern sich nicht

(55-60)



C. Liste von Symptomen und Beschwerden

Im folgenden finden Sie eine Liste von Symptomen und Beschwerden. Nicht alle werden auf Sie zutreffen; in diesen Fällen kreuzen Sie bitte das Feld „tritt nicht auf“ an. Wenn einzelne Beschwerden bei Ihnen auftreten, markieren Sie bitte auf den nebenstehenden Bewertungsskalen

- die Stärke: 1 = gering, 2 = mäßig, 3 = stark (im linken Kasten) und
- die Häufigkeit: 1 = selten, 2 = häufig, 3 = ständig (im rechten Kasten)

C1. HAUT

	tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Schwellungen, Quaddeln	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Rötungen, Ausschläge	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Hautverfärbungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Blässe	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Blaue Lippen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Haarausfall	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Vermehrter Haarwuchs	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Juckreiz	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Nagelveränderungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(61-90)

C2. SINNESORGANE

	tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		Gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Sehschwäche	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Doppelbilder	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Trockene, brennende Augen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Tränende Augen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Augenrötung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Verändertes Tastempfinden	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Riechstörungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(91-117)



C3. ATEMWEGE

	tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Laufende Nase, häufiges Niesen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Trockene Nase	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Heiserkeit	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Verminderte Nasenatmung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Brennen im Rachen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Reizhusten	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Asthmaanfälle	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Atemnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Häufige Erkältung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(118-150)

C4. HARN- UND GESCHLECHTSORGANE

	tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
nächtl. Wasserlassen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Brennen b. Wasserlassen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
veränderte Monatsblutung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Libido-/Potenzstörung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
schmerzhafter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(151-168)

C5. MUSKELN, GLIEDER

	tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(169-180)



**C6. NAHRUNGS-
NAHME UND VERDAUUNG**

	tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Mundgeruch	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
trockener Mund	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Zahnfleischveränderung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
vermehrter Speichelfluß	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Sodbrennen, saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Völlegefühl	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Übelkeit	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Erbrechen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Durchfall	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Verstopfung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Blähungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
veränderter Stuhl	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(181-222)

**C7. HERZ- UND
KREISLAUF**

	tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Herzrasen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Herzstolpern	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Schwellung der Knöchel	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
„Schwarzwerden“ vor den Augen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Schwindel	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Ohnmacht	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(223-240)



C8. STOFFWECHSEL

	tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Heißhunger	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Vermehrtes Durstgefühl	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Kälteempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Alkoholunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(241-261)

C9. ALLGEMEINBEFINDEN

	Tritt nicht auf	Stärke			Häufigkeit		
		gering	mäßig	stark	selten	häufig	ständig
Appetitverlust	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Appetitsteigerung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Vermehrte Müdigkeit	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Antriebsminderung	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Mattigkeit	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Leistungsverlust	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Klossgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Stimmungslabilität	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Vermehrte Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Depression	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Krämpfe	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Temperaturmißempfinden	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Kalte, feuchte Hände	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Taubheit der Glieder	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Kribbeln der Haut	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Zittern	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3
Brennen an Händen/Füßen	<input type="checkbox"/> 9	1	2	3	1	2	3

(262-336)



Hinweise auf Innenraumbelastungen

D1. Als Ursache meiner Beschwerden vermute ich:

(337)

D2. In meiner Wohnung und meinem Wohnumfeld fühle ich mich

- ₁ sehr wohl
₂ wohl
₃ mäßig wohl
₄ unwohl

(338)

D3. In meiner Wohnung fühle ich mich
(Mehrfachantworten möglich)

- ₁ durch Lärm beeinträchtigt
₂ durch störende Gerüche beeinträchtigt
₃ durch andere Einflüsse beeinträchtigt,
nämlich: _____
₄ durch äußere Einflüsse nicht beeinträchtigt

(339-342)

D4. Eine einmalig hohe Schadstoffeinwirkung in meinem Wohnbereich

- ₁ ist mir nicht in Erinnerung
₂ hat stattgefunden Wann?: |_|_| (Monat) |_|_| (Jahr)

Welcher Art? _____

(343-347)

D5. Allergische Reaktionen sind bei mir bereits bekannt auf
(Mehrfachantworten möglich)

- ₁ Pollen
₂ Milben
₃ Tierhaare
₄ Schimmelpilze
₅ Nahrungsmittel
₆ Arzneimittel
₇ Kosmetika/Pflegemittel
₈ Duftstoffe
₉ Metalle
₁ Insektizide
₂ Sonstiges:

- ₃ nicht bekannt

(348-359)



D6. Ich habe meine Wohnung in den letzten 12 Monaten verändert durch:
(Mehrfachantworten möglich)

- 1 Umzug (= neue Wohnung)
 - 2 Umbau/Renovierung (z.B. Anstrich, Lackierung)
 - 3 neue Einrichtungsgegenstände (z.B. Möbel, Teppiche)
 - 4 keine der o.g. Veränderungen
- (360-363)

D7. Ich habe Haustiere 1 nein
2 ja, und zwar: _____ (364)

D8. In meiner Wohnung gibt es sichtbaren Schimmelpilzbefall oder feuchte Stellen:
1 nein
2 ja (365)

D9. In meiner Wohnung wurden in den letzten Jahren Insektenvernichtungs-/
Pflanzenschutzmittel verwendet: 1 nein
2 ja
3 weiß nicht (366)

E. Fragen zur Medikamenteneinnahme und zum Gesundheitszustand

E1. Welche Medikamente (auch Schlaf-, Schmerz-, Abführ-, Stärkungsmittel) nehmen Sie ein?

Medikament	seit wieviel Jahren	regelmäßig	häufig	selten
_____	_ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	_ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	_ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	_ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	_ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	_ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

(367-384)

E2. Sind bei Ihnen noch weitere Erkrankungen (außer den o.g. Beschwerden) bekannt?
1 nein
2 ja, und zwar: _____ (385)

E3. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren einen Unfall?
1 nein
2 ja, Art der Verletzung: _____ (386)



E4. Sind Sie in den letzten fünf Jahren operiert worden?

1 nein

2 ja, Art der Operation: _____

(387)

F. Fragen zu Ihren Lebens- und Ernährungsgewohnheiten

F1. Mein Tagesablauf ist: 1 regelmäßig

2 unregelmäßig, wegen: _____

(388)

F2. Ich treibe Sport/mache Bewegungsausgleich: 1 nein

2 ja, aber selten

3 ja, regelmäßig

(389)

F3. Rauchen Sie? 1 nein, noch nie

2 in der Vergangenheit Extraucher seit: |_|_| Jahren

3 ja, gelegentlich

4 ja, regelmäßig Anzahl pro Tag: |_|_|

(390-392)

F4. In meiner Gegenwart wird viel geraucht: 1 nein

2 ja

(393)

F5. Von den nachfolgend aufgeführten Getränken trinke ich im Durchschnitt folgende Mengen pro Tag:

Kaffee |_|_|

Tassen

Tee |_|_|

Tassen

Cola |_|_|

Gläser/Dosen

Bier |_|_|

0,5l Flaschen

Wein |_|_|

Gläser

(394-403)

F6. Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. Diät, Vegetarier)? 1 nein

2 ja

(404)

F7. Ich lebe: 1 allein 2 in Gemeinschaft mit anderen, nämlich zu: |_|_| Personen

(405-407)

Ergänzende Bemerkungen: _____

(408)