

Fragebogen Lungenerkrankung

nach: „Ein neuer Fragebogen zur Erfassung der Ursachen von Lungen- und Atemwegserkrankungen“
Kronenberger, Meyer-Sydow et al., Prax. Klin. Pneumol. 39 (1985),
mod. Litt-Lampe 2013



Helios Lungen- und Allergiezentrum Bonn

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Haben Sie Atemnot?

Ja Nein ?

Haben sie Husten?

Ja Nein ?

Husten Sie Schleim ab?

Ja Nein ?

Wann haben Ihre Beschwerden begonnen?

A Atemnot				
Haben oder hatten Sie jemals Atemnot (bei „Nein“ bitte bei Abschnitt B weitermachen!)		Ja	Nein	? <input type="checkbox"/>
Ich habe seit Beginn meiner Lungenerkrankung Atemnot		Ja	Nein	? <input type="checkbox"/>
Ich hatte nur am Beginn meiner Lungenerkrankung Atemnot, die sich jedoch gebessert hat		Ja	Nein	? <input type="checkbox"/>
Ich hatte schon vor meiner Lungenerkrankung Atemnot		Ja	Nein	? <input type="checkbox"/>
Hatten Sie zu Beginn Ihrer Lungenerkrankung Fieber (z.B. Grippe)?		Ja	Nein	? <input type="checkbox"/>
Wie hat Ihre Atemnot begonnen?	plötzlich Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	eher langsam Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>	
Haben Sie Atemnot bei körperlicher Anstrengung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>		
Können Sie 2 Stockwerke Treppe steigen ohne stehenzubleiben?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>		
Haben Sie Atemnot beim Treppensteigen über 1 Stockwerk?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>		
Haben Sie Atemnot beim Sprechen oder An/Auskleiden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>		
Haben Sie Atemnot auch in körperlicher Ruhe?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>		
Sind Sie gehbehindert und können sich körperlich daher nicht belasten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>		
Haben Sie ganz plötzlich auftretende Attacken mit Atemnot?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>		
Tritt Atemnot unter bestimmten Bedingungen auf?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>		
Unter welchen Bedingungen tritt Atemnot auf?				
Wann tritt Ihre Atemnot auf?	am Morgen mittags abends nachts	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Tritt Ihre Atemnot an den Wochentagen (Montag bis Freitag) auf?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
oder tritt Ihre Atemnot am Wochenende auf?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Oder tritt Ihre Atemnot im Urlaub auf?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
In welcher Jahreszeit haben Sie Atemnot?	Frühling Sommer Herbst Winter	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
An welchem Ort tritt Ihre Atemnot auf?	Wohnung Arbeitsplatz Sonstige, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>

Fortsetzung A Atemnot

Bei welchem Wetter haben Sie Atemnot?	kalt warm nass trocken	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemnot bei Kontakt zu Tieren?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemnot bei Einatmen von „Reizstoffen“ wie	Tabakrauch Parfüm, Küchendunst Dämpfe Stäube	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Beobachten Sie eine Besserung Ihrer Atemnot	am Wochenende im Urlaub sonstiger Ort, welcher	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Wodurch bessert sich Ihre Atemnot?		
Wird Ihre Atemnot im Liegen schlechter?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Hat sich Ihre Atemnot seit Beginn Ihrer Lungenerkrankung geändert?	hat sich verschlechtert hat sich unter Behandlung gebessert hat sich ohne Behandlung gebessert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Meine Atemnot hat sich unter folgenden Umständen gebessert:		
Können Sie ohne Behinderung tief einatmen?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Bei tiefer Einatmung fühle ich einen Stopp, als hielte jemand meinen Brustkorb fest		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Bei tiefer Einatmung muss ich husten		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
B Husten und Auswurf		
Haben Sie Reizhusten (Husten ohne Abhusten von Schleim)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Husten Sie Schleim ab?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Welche Farbe hat der abgehustete Schleim?	grau/weiß gelb/grün braun/schwarz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Mein abgehusteter Schleim ist	wässrig/schaumig glasig/zäh klumpig gelegentlich blutig immer blutig	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Wie viel Schleim husten Sie an einem Tag ab?	circa 1 Teelöffel circa eine Füllung eines Eierbeckers circa ein gefülltes Wasserglas	

E Frühere Lungen- und Atemwegserkrankungen

Bei allen Fragen interessiert auch Ihre Kindheit, bitte fragen Sie auch Ihre Eltern und Geschwister!
Hatten Sie jemals eine oder mehrere der folgenden Krankheiten?

Entzündung der Nasennebenhöhlen, behinderte Nasenatmung, Fließschnupfen, „Stockschnupfen“	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Häufige Mandelentzündungen, häufige Heiserkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Bronchitis, häufiger Husten mit Abhusten von Schleim	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Bronchiektasien (erweiterte Bronchien)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Emphysebronchitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Lungenemphysem (überblähte Lunge)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Heuschnupfen, Augentränen, Milchschorf als Kind	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Heuschnupfen, Augentränen als Erwachsener falls ja: Beginn im Jahr:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale als Kind	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale als Erwachsener falls ja: Beginn im Jahr:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Rippenfellentzündung falls ja: im Jahr:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Lungenentzündung falls ja: im Jahr:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Lungenverschattung im Röntgenbild falls ja: im Jahr:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Lungentuberkulose falls ja: im Jahr:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Sarkoidose (Morbus Boeck) falls ja: im Jahr:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Vogelhalterlunge, Farmerlunge, Befeuchterlunge falls ja: seit wann?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Staublunge falls ja: seit wann?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Herzasthma falls ja: seit wann?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Lungenembolie falls ja: im Jahr:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Krebs falls ja: seit wann?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen:	
Haben Sie jemals eine Kur wegen einer Lungenerkrankung gemacht? falls ja: wann?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Mussten Sie jemals künstlich beatmet werden? (z.B. nach einem Unfall, einer Operation, nach einer Entbindung) falls ja: wann?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Mussten Sie wegen Ihrer Lungenerkrankung einmal künstlich beatmet werden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
In welchem Krankenhaus wurden Sie wegen der Lungenerkrankung künstlich beatmet:	

F 1 Sonstige Beschwerden und Erkrankungen (außer Lungenerkrankungen)

Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals die folgenden Beschwerden oder Erkrankungen der folgenden Organe

Augenentzündungen, Netzhautablösung, grauer/grüner Star, Sehstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Ohren, Kiefer, Zahnfleisch, Zähne	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Migräne, sonstige Kopfschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Kreislauf- oder Durchblutungsstörungen, kalte oder schmerzhafte Hände/Füße, Absterben der Finger, Verfärbungen der Finger	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Angina pectoris (Herzenge), Herzschwäche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung, Herzklappenfehler, Herzstolpern, Herzjagen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Wasser in den Beinen, dicke Knöchel, geschwollene Augenlider, nächtliches Wasserlassen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombosen, Venenentzündung, Unterschenkelgeschwüre	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Verdauung: häufiges Aufstoßen, Sodbrennen, Völlegefühl, Magen- und Darmgeschwüre, Erbrechen, häufige Verstopfung, Durchfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse: Gelbsucht, Fettleber, Gallenkoliken, Gallensteine	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Nieren, Harnblase: Harnwegsinfekte, Schmerzen beim Wasserlassen, Nierenbeckenentzündung, Nierenkoliken, Nierensteine	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane: Unterleibsoperationen, Prostata, Geschlechtskrankheiten, Potenzstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Leistenbruch, Zwerchfellbruch, Nabelbruch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Muskeln, Gelenke: Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Arthrose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Knochen, Wirbelsäule: Rückenschmerzen, Bandscheiben, Ischias	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Haut, Schleimhaut: Haare, Nägel, Ausschläge, Juckreiz, Schuppenflechte, Ekzem, Furunkel, trockener Mund, trockene Augen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Nervensystem, Gemüt: Schlafstörungen, Depressionen, Krampfanfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Blutsystem: Blutarmut, Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Lymphsystem: Lymphdrüsenvergrößerung, Milzschwellung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen: erhöhte Werte von Blutfetten oder Harnsäure, Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Tumore, Geschwulste, Leukämie, Blutkrebs	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Masern, Windpocken, Mumps (Ziegenpeter), Röteln	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Pfeiffer'sches Drüsenfieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Gürtelrose (Herpes zoster)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Hepatitis, Leberentzündung, Gelbsucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Typhus, Ruhr, Cholera, Malaria	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Wurmerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Unfälle, Vergiftungen, Kriegsverletzungen falls ja, welche und wann:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Operationen (Blinddarm, Mandeln, Lunge) falls ja, welche und wann:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Sonstige Krankenhausbehandlungen falls ja, warum und wann:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Anerkannte Berufskrankheiten falls ja, welche:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>

F 2 Allergien

Allergie oder Überempfindlichkeitsreaktion, Unverträglichkeit durch/auf

Nahrungsmittel: welche?

Medikamente: welche?

Chemikalien, berufliche Arbeitsstoffe: welche?

Kosmetika: welche?

Metalle (Modeschmuck, Nickel) und Textilien (Stoffe): welche?

Hausstaub, Insektenstiche, Tiere, Pollen: welche?

Sonstige Stoffe: welche?

G Medikamente

Es gibt Medikamente die Nebenwirkungen an der Lunge machen können. Daher ist es wichtig, dass Sie uns alle Medikamente mitteilen die Sie früher eingenommen haben und die Sie heute noch einnehmen. Bitte fragen Sie ggf. die Ärzte die Sie früher mit Medikamenten behandelt haben.

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
falls ja, welche, seit wann, Dosierung:

Haben Sie zu Beginn Ihrer Lungenerkrankung Medikamente eingenommen?
falls ja, welche, seit wann, Dosierung:

Haben Sie früher Medikamente eingenommen? Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Medikamente bei psychischen Erkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel (einschließlich Mittel gegen Migräne und Rheumamittel)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Antibiotika?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Zytostatika, Chemotherapeutika (Medikamente gegen Tumore)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Medikamente gegen Tuberkulose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Medikamente gegen Lungen- und Bronchialerkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Durch die Nase zugeführte Medikamente (Nasentropfen, Nasenspray, Dampftopf)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Haben Sie „Hausmittel“ eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Inhalieren Sie Medikamente mit einem Inhaliergerät? falls ja, welches Inhaliergerät:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
wie oft wird das Inhaliergerät gereinigt/desinfiziert?			
Auf Herz und Kreislauf wirkende Medikamente (gegen hohen oder niedrigen Blutdruck, zu schnellen und/oder unregelmäßigen Puls)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Verdauungsmedikamente (Abführmittel, Magenmittel, Rizinus)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Medikamente bei Erkrankung von Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Medikamente gegen Harnwegsinfekte, Blasen- oder Nierenerkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Medikamente gegen Hauterkrankungen (auch Salben, Cremes, Tinkturen)? falls ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Medikamente gegen Schilddrüsenerkrankungen (auch Radiojodbehandlungen)?= falls ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Hormonpräparate (Kortison, Antibabypille)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Injektionen von Medikamenten (Spritzen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Aufbaupräparate (Vitamine, Eisen, Kalzium)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
„Hausmittel“ jeglicher Art (Lebertran, Öle)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Homöopathische Mittel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen jemals nach der Einnahme von Medikamenten, nach Impfungen oder Spritzen, bei Kontrastmitteluntersuchungen, Narkosen, örtlichen Betäubungen (Zahnarzt) unerwünschte Nebenwirkungen, Allergien oder Unverträglichkeiten aufgetreten? falls ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>

I Wohnung

In diesem Abschnitt versuchen wir Schädigungsquellen in Ihrer jetzigen Wohnung aufzudecken

In der Wohnung die ich seit _____ bewohne, sind:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
großflächige Holzverkleidungen in den Innenräumen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
feuchte Wohn- oder Kellerräume	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Stockflecken an den Wänden, Salpeterausblühungen am Putz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
ein Wintergarten oder viele Hydrokulturen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Klimaanlage	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Traf einer dieser Punkte auf frühere Wohnungen zu? falls ja, welche Wohnung oder welcher Arbeitsplatz:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>

J Umgebung

In diesem Abschnitt versuchen wir Schädigungsquellen in nächster Nähe zu Ihrer Wohnung oder Ihres Arbeitsplatzes zu entdecken. Gibt es in der Nähe

viel Feuchtigkeit (Sumpf, Flussgebiet)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Landwirtschaft (Viehställe, Komposthaufen, Getreidefelder, Getreidesilos)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Fäkaliengruben, Abwässer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Gewerbe oder Industrie mit Luftverunreinigung (Chemische Industrie, Zementwerk)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>
Traf einer dieser Punkte für frühere Wohnungen oder Arbeitsplätze zu? falls ja, welche Wohnung oder welcher Arbeitsplatz:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>

K Arbeit und Beruf

Sind oder waren Sie berufstätig?

Ja Nein

falls nicht, bitte mit Abschnitt L fortfahren

Bei Ihrer beruflichen Tätigkeit auftretende Schadstoffe können gelegentlich erst nach Jahrzehnten Lungenveränderungen bewirken. In diesem Abschnitt sollen die Arbeitsplätze an denen Sie arbeiten oder gearbeitet haben genauer beschrieben werden. Um exakte Informationen zu bekommen, bitten wir Sie um umfassende Angaben (ggf. Kollegen oder Betriebsrat fragen). Bitte beginnen Sie mit Ihrer aktuellen Arbeitsstelle und beschreiben Sie alle Arbeitsstellen nacheinander bis zur Lehrzeit/Studium (bitte Wehrdienstzeiten mit angeben).

Beschäftigungszeit	Jetziger Arbeitgeber	Früherer Arbeitgeber
Firma		
Branche		
Tätigkeit		
Genauere Beschreibung der Tätigkeit		
Arbeitsraum (Größe, Höhe, Fenster, Belüftung)		
Werkzeuge		
Persönliche Schutzvorkehrungen		
Arbeitssicherheitsuntersuchungen		

Fortsetzung K Arbeit und Beruf

Körperliche Belastung und Körperhaltung	
Temperatur und Feuchtigkeit am Arbeitsplatz	
Belastung durch Stäube, Dämpfe, Rauch, Geruch am <u>eigenen</u> Arbeitsplatz	
Belastung durch Stäube, Dämpfe, Rauch, Geruch am <u>benachbarten</u> Arbeitsplatz	
Haben Sie jemals bei einer beruflichen Tätigkeit oder dem Umgang mit Arbeitsstoffen Beschwerden gehabt (Atemnot, Husten, Übelkeit, Kopfschmerzen, Augentränen, Allergie oder andere Beschwerden) falls ja, welche und an welchem Arbeitsplatz:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Haben Sie Stunden nach Beendigung der Arbeit (z.B. am Abend oder in der Nacht) Beschwerden (Atemnot, Husten, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit)? falls ja, welche Beschwerden: und nach Arbeit an welchem Arbeitsplatz :	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Haben Arbeitskollegen ähnliche Beschwerden wie Sie? falls ja, welche: und an welchen Arbeitsplätzen arbeiten diese Kollegen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>

M Reisen, Freizeit, Nebenbeschäftigung, Haushalt

Haben Sie jemals Fernreisen unternommen? falls ja, wann und wohin?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hatten oder haben Sie bestimmte, <i>häufig ausgeübte</i> Freizeit- oder Nebenbeschäftigungen bei denen Stäube, Gase, Gerüche oder Dämpfe entstanden? Einige Möglichkeiten führen wir im Folgenden auf. Bitte nehmen Sie Ergänzungen vor, wenn Ihr spezielles Hobby z.B. nicht dabei ist.	
Verarbeitung von Asbest	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Maler- und Tapezierarbeiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Gartenarbeiten mit Düngemitteln, Torf, Spritzmitteln	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Arbeiten in Treibhäusern	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Betreiben einer Pilzzucht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Aufenthalte im Wochenendhaus, Zelt oder Wohnwagen in feuchter Umgebung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Modellbau	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Arbeiten mit Lacken, Lösungsmitteln, Isoliermitteln	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Arbeiten in Dunkelkammern	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Holzverarbeitung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Kunststoffbearbeitung/Verarbeitung (Kunstharze, Zweikomponentenkleber)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Metallverarbeitung (Schweiß-, Schleif- und Lackierarbeiten)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Übungen/Einsatz bei der Feuerwehr	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Sonstiges	
Haben Sie bei oder Stunden nach Benutzung der oben genannten Arbeitsstoffe Beschwerden oder eine Beschwerdenzunahme bemerkt? falls ja, welche Beschwerden:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Benutzen Sie folgende Mittel besonders häufig bzw. in größeren Mengen?	
Sprays jeglicher Art (Haarspray, Insektenspray, Farbspray, Lederspray, Imprägnierspray)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Putzmittel (Abflußreiniger, WC-Reiniger)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Waschpulver, Weichspüler	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lacke, Terpentin, Lösungsmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dünger	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schädlingsbekämpfungsmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige (geben Sie alle Mittel an die Dämpfe, Gerüche, Gase oder Stäube entwickeln)	
Haben Sie bei oder Stunden nach Benutzung der oben genannten Mittel Beschwerden oder eine Beschwerdenzunahme bemerkt? falls ja, welche Beschwerden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie zu Hause oder im Beruf Kontakt zur Arbeitskleidung anderer Personen? falls ja, zu welcher Arbeitskleidung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Angaben	