

Umweltmedizinischer Fragebogen

Eine Initiative der EUROPAEM in Kooperation mit dem Qualitätszirkel des Fortbildungskurses Umweltmedizin  
Juli 2012 - Februar 2013

Patient:  
geb.:

ALLGEMEINE ANGABEN	ja	nein
Nationalität <i>geographisch unterschiedliche Belastungsmöglichkeiten, z.B. östlich und westlich der Elbe gibt es unterschiedliche Belastungen für Hexachlorbenzol (HCB), Dichlordiphenyldichlorethen (DDE), β-Hexachlorzyklohexan (β-HCH), Unterschiede in den Arbeitsbedingungen, Ernährung, soziale Aspekte, Kriegsregion, Altkriegslasten, Mangelgebiete (Jod, Selen, D3, Zink, Vitamin A, Eisen, Magnesium, Chrom, Kupfer, Molybdän), Smog</i>		
Leben Sie in einer Partnerschaft?		
Haben Sie Kinder?		
Sind Sie in einem Verein?		
Sind sie religiös?		
Größe und Gewicht <i>Unterschiede in der Verteilung von Toxinen je nach Körperzusammensetzung</i>		
Wie groß sind Sie? (cm)		
Wie viel wiegen Sie momentan? (kg)		
Gewichtsänderung in den letzten 10 Jahren <i>lipophile Toxine, chlororganische Verbindungen, Aflatoxine, Lösungsmittel, Eiweißzerfallsprodukte</i>		
Zunahme? (kg)		
Abnahme? (kg)		
Haben Sie jemals geraucht? <i>Karzinogenese, Toxine, Metalle, je nach Rauchgut, Wasserpfeife, Bleiverschnitt</i>		
Wenn ja, von wann bis wann?		
Rauchen Sie derzeit?		
Wenn ja, was und wie viel?		
Haben Sie Drogen genommen? Wenn ja, welche?		
Stört es Sie, wenn in Ihrer näheren Umgebung geraucht wird? <i>MCS</i>		
Besteht eine Überempfindlichkeit für Düfte/Parfum? <i>MCS</i>		

1

ANAMNESE		
<b>EIGENANAMNESE</b>		
<b>Impfungen (bitte Kopie Ihres Impfpasses beifügen)</b>		
<i>Frühe Impfungen, in den letzten 5 Jahren, Formaldehyd, Thiomersal, Gentamycin, COVID</i>		
Impfkomplikationen? <i>LTT, BDT bei relativ kurz zurückliegenden Impfungen, Impfstoff selbst oder Impfhilfsstoffe</i>		
Wenn ja welche?		
<b>Zähne</b>		
<i>Alle Fremdmaterialien können immer Anlass zur chronischen Entzündung sein, Unterlagen Zahnarzt, LTT</i>		
Zahnfleischentzündungen <i>Zahnstatus, OPG, Zielaufnahmen, digitale Volumentomographie DVT, Dental-CT, Restzähne, Amalgamreste, kann viel Körperenergie verbrauchen</i>		
Zahnwurzelentzündungen		
Amalgamfüllungen jetzt (Anzahl) <i>Sensibilisierung im LTT, DMPS und EDTA kontraindiziert bei Niereninsuffizienz, Vorsicht bei hoher Sensibilisierung</i>		
Amalgamfüllungen früher (Anzahl) <i>Art der Entfernung, Schutzmaßnahmen</i>		
Goldfüllungen		

Legierung? Was ist unter dem Gold? Unterlagen Zahnarzt		
andere Metalle <i>Legierung</i>		
Keramik <i>Aufbrennkeramik (Cave Metalle), Vollkeramik, (cave Aluminium), Kleber (Zement, Kunststoff)</i>		
tote Zähne <i>beobachten, besser als Implantat, naturheilkundlich Focus</i>		
Zahnwurzelbehandlungen <i>Materialien</i>		
Stiftzähne <i>Silberstift toxisch, LTT, nativ wenn möglich</i>		
Implantate <i>Bio-OS Knochenaufbau, Titanstimulationstest</i>	ja	nein
Kronen <i>Materialien</i>		
Brücken <i>Materialien</i>		
Gebiss (3. Zähne) <i>Materialien differenzieren: Gebisspalte (rosa), Material der Gebissbefestigung</i>		
Zahnsperre jetzt <i>Materialien</i>		
Zahnsperre früher <i>Nickel, Chrom, Molybdän, Composit, Retainer verbleiben oft</i>		
<b>Ausleitungen</b>		
Wurden schon Ausleitungen gemacht? Wenn ja, womit und wie lange? <i>Materialien, Nachweis der Ausleitung, Kontrollmessung</i>		
<b>Fremdmaterial</b>		
Wurde bei einem operativen Eingriff Fremdmaterial eingebracht? (Schraube, Schiene, Klammer, usw.) <i>Titan, Chrom, Nickel, Molybdän, Aluminium, Palladium, Eisen, Gold, endoskopische Clips, Kunststoffe, Acrylate, Stents, Pallakoss (Gentamycin), Gluta-Aldehyde (z.B. Herzklappe), Osteosynthesematerial, Miniplatten (Gesicht), metallisches Nahtmaterial, Reste nach Metallentfernung, Korrosion, Augenlinsen, Botulinustoxine</i>		
<b>Allergie</b>		
Allergie (falls Allergieausweis vorhanden, bitte in Kopie beilegen) <i>Querverbindung allergieähnliche Bilder: Histaminose, Mastozytose, Intoleranzen, definierte Allergene, anekdotische Symptomatik. Bienen- und Wespengift, Anaphylaxie</i>		
Leiden Sie an allergischen oder allergieähnlichen Reaktionen?		
Wenn ja, welche?		
<b>Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?</b> <i>Multisystemerkrankung, immunologische Belastung</i>	ja	nein
<b>Kinder-/Infektions-/Reisekrankheiten</b>		
<i>Immunologische Gesamtkompetenz</i>		
Parasiten <i>Immunologische Gesamtkompetenz</i>		
Diphtherie		
Keuchhusten		
Masern		
Windpocken		
Röteln		
Mumps (Ziegenpeter)		
Zeckenstich (Borreliose) <i>Immunologische Gesamtkompetenz. Therapieoption</i>		
Pfeiffersches Drüsenfieber <i>EBV wichtig für Tumorerkrankungen, M. Hodgkin</i>		
Leberentzündung (Hepatitis)		
Tuberkulose		

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung?	ja	nein
Geschlechtskrankheit		
Reisekrankheiten		
Infektionskrankheiten		
Sonstige Erkrankungen, welche?		
<b>Tumor / Krebs</b>		
<i>Toxinspeicher</i>		
Bösartige Geschwulst (Krebs)? welche? <i>Belastungen durch Chemotherapie / Strahlentherapie</i>		
Gutartige Geschwulst? welche		
<b>Krebsvorsorge –</b>		
Hatten Sie schon einmal eine Krebsvorsorge-Untersuchung? Wenn ja, wann zuletzt (Jahr)		
<b>Autoimmunerkrankungen</b>		
<i>Infektionen, Schwermetalle, Umweltgifte, Fremdstoffe in Lebensmitteln, Nahrungsmittelallergien, Mangelzustände</i>		
Hashimoto		
Multiple Sklerose		
Morbus Crohn		
Colitis ulcerosa		
Rheumatoide Arthritis <i>differenzierte Differentialdiagnose ist wichtig. Krankenunterlagen mit dem Patienten kritisch durchleuchten.</i>		
<b>Schilddrüsenerkrankungen,</b>		
Welche?		
<i>Hashimoto, Schwermetalle, Fluorid, PCB, BPA, Flammschutzmittel</i>		
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gefäße</b>		
<i>Blei, andere Schwermetalle, Pestizide, Borreliose, Infektion, Mangelzustände, Genetik</i>		
Hoher Blutdruck		
Niedriger Blutdruck		
Herzerkrankungen <i>Schwermetalle, Pyrethroide, Pestizide, Medikamente, Borreliose, bedeutsam bei Kardiomyopathie, Rhythmusstörungen</i>		
Gefäßerkrankungen, welche		
Rhythmusstörungen		
Schlaganfall		
Gefäßerkrankungen, welche?		
<b>Neurologische und psychiatrische Erkrankungen</b>		
Wenn ja, welche?		
Krampfanfälle (Epilepsie)		
Augenkrankheiten		
Welche?		
Ohrenkrankheiten,		
Welche?		
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>		
<i>Histaminose, Mastozytose, passt zu verschiedenen Erkrankungen / Symptomen, DAO und Histaminpolymorphismen, Tryptase-ECP, HNMT Histamin-N-Methyltransferase</i>		
Diabetes mellitus <i>Diesel-Nanopartikel, Kreuzreaktion von Ak gegen Gluten und Milchprotein mit <math>\beta</math>-Zellen. Adipogene. Chrom-Defizit</i>		
Andere Stoffwechselerkrankung, welche?		
Erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride) <i>Medikamente, lipophile Toxine, Cholesterin und Cortisol erhöht durch Inflammation.</i>		
Erhöhte Leberwerte <i>Toxinbelastung, Vinylchlorid</i>		
<b>Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane</b>		
Welche?		
<i>Hormonelle Störungen, polyzystisches Ovarsyndrom</i>		

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung?	ja	nein
<b>Blasen- und Nierenerkrankungen</b>		
Welche?		
<i>Blasentumor als mögliche Berufserkrankung</i>		
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>		
Mundschleimhautentzündung <i>Zahnmetalle, Zahnmaterialien, Paradontose</i>		
Speiseröhrenentzündung <i>Reflux, Candida, Helicobakter, Glutenunverträglichkeit</i>		
Magenschleimhautentzündungen/ Sodbrennen <i>Säuremangel, Säureüberschuss, Helicobakter, Autoimmungastritis, Gluten</i>		
Magen-, Darmgeschwüre		
Morbus Crohn (Ileitis terminalis) <i>Schwermetalle, Zahnmaterialien</i>		
Divertikel		
Colitis ulcerosa		
Reizdarm		
Gallenblasenerkrankung / Gallensteine		
Bauchspeicheldrüsenentzündung <i>Toxine, Holzschutzmittel, Symptomatik wie bei Pankreatitis, Organ jedoch gesund, trotzdem Enzymsubstitution</i>		
Leisten-, Narben- und Nabelbrüche <i>Operationen? Welche Materialien?</i>		
Leberkrankheiten, welche		
<b>Krankheiten der Atemwege</b>		
<i>Inhalative Toxine, Feinstaub, Toner, Metallverarbeitung, Pestizide, Aldehyde, Biozide, Atemwegssymptome VOR, chronische Reaktion, daher schneller Wechsel der Symptomatik, Indoor-Outdoor-Pollution</i>		
Heuschnupfen / allergische Rhinitis		
Nasennebenhöhlenentzündung <i>Zähne, Quecksilber, Pilze, Mundatmung</i>		
Chronische Bronchitis		
Asthma / COPD		
Lungenentzündung		
<b>Wirbelsäulenerkrankungen</b>		
<i>Atlas, Axis, HWS-Traumen, Commotio, Auswirkungen auf das Immunsystem, chronische Inflammation</i>		
Muskelerkrankungen <i>Langsame Veränderungen bei Ortswechsel, Starre in der Dynamik</i>		
Gelenkerkrankungen <i>Langsame Veränderungen bei Ortswechsel, Starre in der Dynamik</i>		

FAMILIENANAMNESE								
Erkrankungen in der Familie								
<i>Genetik, epigenetische Disposition, Ernährung, Gemeinsamkeiten im häuslichen Umfeld</i>								
Kommen folgende Erkrankungen in Ihrer Familie vor? Wenn ja, bei welchen Familienangehörigen? Bitte entsprechend ankreuzen.	Mutter	Vater	Geschwister	Kinder	Großmutter mütterl.	Großvater mütterl.	Großmutter väterl.	Großvater väterl.
Erbkrankheiten								
Suchtkrankheiten								
Darmerkrankungen								
Tuberkulose								
Schilddrüsenerkrankung								
Diabetes								
Nierenerkrankung								
Nebennierenkrankheiten								
Lebererkrankungen								
Krebs								
Psychische Erkrankung								
Übergewicht								
Bluthochdruck								
Herz/Gefäßerkrankungen								
Osteoporose								
Allergien								
Gelenk- und Muskelerkrankungen								
Krampfanfälle								
Asthma								
Ekzem								
Schlaganfall								
sonstige Erkrankungen								
Wenn ja, welche								

5

ALLGEMEINE BEFINDLICHKEIT - ALLGEMEINSYMPTOME					
<i>Häufigkeit und Stärke verschiedener Umwelteinflüsse, Einfluss auf Diagnostik und Therapie, chemisch-toxische Stressoren, biologisch-toxische Stressoren, Toxine, Viren, Borreliose, Schwermetalle, Biozide</i>					
Wie fühlen Sie sich insgesamt? (Allgemeinbefinden)	sehr gut	gut	mäßig	schlecht	sehr schlecht

Haben Sie folgende Beschwerden?	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
Leistungsminderung					
Antriebslosigkeit					
Gleichgültigkeit					
Depressive Stimmung/Trauerneigung					
Störung der Konzentrations-/Merkfähigkeit					
chronische Müdigkeit					
Einschlafstörungen					

Haben Sie folgende Beschwerden?	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
Durchschlafstörungen					
Aufgeregtheit, innere Unruhe					
Angst-/Panikzustände					
Frieren					
Hitzewallungen					
Nächtliches Schwitzen					
Schweißausbrüche, tagsüber und nachts					
Appetitmangel					
Heißhunger					
Gewichtszunahme					
Gewichtsabnahme					
Wassereinlagerungen					
Libidoverlust/Potenzstörungen					
Infektanfälligkeit					
Herz/Kreislauf-Beschwerden					
Schwindel oder Schwarzwerden vor den Augen					
Herzstolpern					
Herzrasen					
Engegefühl in der Brust					
Andere Herz-/Kreislaufbeschwerden welche?					
Beschwerden der Harnwege					
Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen					
Häufiges Wasserlassen (mehr als 1x nachts)					
Unwillkürlicher Harnabgang spontan oder bei Stress					
Andere Beschwerden, welche					
Beschwerden der Atemwege					
Reizhusten (außer bei Erkältungen oder Allergie)					
Heiserkeit (außer bei Erkältungen oder Allergie)					
Luftnot in Ruhe					
Luftnot bei Anstrengungen					
Asthma-Anfälle					
Nasenneben-/Stirnhöhlenbeschwerden					
Nasenbluten					
Kloßgefühl im Hals					
Brennen im Hals- und Rachenraum (außer bei Erkältung oder Allergien)					
Verstopfte Nase, Augentränen usw. (heuschnupfenartige Symptome)					
trockene Nase					
Andere Atemwegsbeschwerden, welche					
Beschwerden an Muskeln und Gelenken					
Muskelschwäche					
Muskelzittern					
Muskelkrämpfe					
Ziehen oder Schmerzen in den Muskeln					

Haben Sie folgende Beschwerden	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
Ziehen oder Schmerzen in den großen Gelenken					
Ziehen oder Schmerzen in den kleinen Gelenken					
Schwellung von Gelenken					
Morgensteifigkeit der Gelenke					
Schmerzen/Verspannungen im Nacken/Schulterbereich					
Rücken-/Kreuzschmerzen					
Andere Gelenk-/Muskelbeschwerden welche?					
Beschwerden an Nerven und Sinnesorganen					
Nervenschmerzen					
Lähmungserscheinungen					
Taubheitsgefühl von Gliedmaßen					
Kribbeln, „Ameisenlaufen“, Brennen					
Kopfschmerzen, Migräne					
Augenjuckreiz					
Augentränen					
trockene Augen					
Sehstörungen					
Augenrötung oder Augenbrennen					
Störung des Tastempfindens					
Berührungsempfindlichkeit verstärkt					
Berührungsempfindlichkeit vermindert					
Temperaturempfindlichkeit verstärkt					
Temperaturempfindlichkeit vermindert					
Gleichgewichtsstörungen <i>Chemische, physikalische, biologische, psychosoziale Stressoren, seitengerichteter Schwindel eher neurologisch/HNO</i>					
Tinnitus, Ohrgeräusche, -sauen <i>Chemische, physikalische, biologische, psychosoziale Stressoren, NO/ONOO – Zyklus, Infraschall</i>					
Ohrenschmerzen, -druck					
Veränderung des Riechempfindens <i>Biologische und chemische Stressoren, Lösemittel, Zähne, zeitlicher Ablauf, ortsgebunden?</i>					
Geschmacksstörungen <i>Biologische und chemische Stressoren, Lösemittel, Zähne, zeitlicher Ablauf, ortsgebunden?</i>					
andere Beschwerden von Seiten des Nervensystems? Welche?					
Haut					
trockene Haut					
fettige Haut					
Überempfindliche Haut					
Pigmentveränderungen der Haut					
blaue Flecken					
Juckreiz					
Akne					

Haben Sie folgende Beschwerden	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
Haut-, Nagel- oder Fußpilz					
Störung der Wundheilung (schlecht heilende Wunden)					
Andere Hautbeschwerden? Welche?					
Beschwerden an Haaren und Nägeln					
Ausfall der Kopfhaare					
verminderte Körperbehaarung/Haarverlust					
Ausfall von Wimpern/Brauen/Scham-/ Achselhaare					
Fettige Haare					
vermehrte Körperbehaarung					
vermehrter Haarwuchs (Kopf und Gesicht)					
Nägel brechen ab oder splintern					
Nägel mit Flecken, Längs-, Querrillen, Löchern, Lamellen					
Beschwerden des Verdauungstraktes <i>4-Stressoren, Mineralstoffmangel, Regulation der Darmphysiologie therapeutische wichtig, Immunologie sonst nicht effektiv.</i>					
Mundwinkeleinrisse					
trockener Mund					
Mundgeruch					
Zahnfleischveränderungen					
Vermehrter Speichelfluss					
Zungenbrennen					
Schluckbeschwerden					
Vermehrtes Durstgefühl					
Aufstoßen, Sodbrennen					
Unverträglichkeit von Speisen					
Alkoholunverträglichkeit					
Übelkeit					
Erbrechen					
Völlegefühl					
Blähungen					
Oberbauchbeschwerden					
Bauchkrämpfe					
Verstopfung					
Durchfall					
Afterjuckreiz,-schmerz					
Andere Verdauungsbeschwerden? Welche?					
Wie oft haben Sie Stuhlgang? (Anzahl eintragen, entsprechende Sparte ankreuzen)	pro Tag		pro Woche		pro Monat



Seelische Belastungen		
Waren Sie in der letzten Zeit besonderen seelischen Belastungen ausgesetzt? Aufgrund von	ja	nein
Partnerschaftskonflikten		
Problemen im Zusammenhang mit den eigenen Kindern		
Problemen mit Eltern/Schwiegereltern		
schweren Erkrankungen		
Tod eines Verwandten oder Partners		
anderen Todesfällen		
Problemen im Beruf		
Arbeitslosigkeit		
Mobbing		
sonstige seelische Belastungen - welche?		

9

Veränderungen des Befindens und der Symptome		
Verändern sich Ihre Beschwerden in einer bestimmten Umgebung oder in besonderen Räumen?	ja	nein
wenn ja – regelmäßig? <i>DD Umweltbelastung Wohn-/Arbeitsbereich, dann ggfs. Kritische kostenintensive Untersuchungen, Reaktionen der Atemwege erfolgen schnell, Kopfschmerz, ZNS, Gelenke reagieren eher langsam. Symptomveränderungen verwischen, können unabhängig von Ort und Zeit bestehen, Kein Wechsel bedeutet nicht, dass kein umweltbedingter Schaden vorliegt, Depots, Wechsel in ein anderes toxisch belastetes Umfeld, Mobilisation der Toxine, z. B. durch körperliche Anstrengung.</i>		
Bestand früher eine Abhängigkeit Ihrer Beschwerden bei definiertem Schadstoffkontakten		
bei anderen Umwelteinflüssen		
in einer bestimmten Umgebung		
auf Reisen/Urlaub außer Haus		
Verändern sich die Symptome nach der Rückkehr aus Abwesenheit (z. B. Urlaub/Wochenende)?		

Hobby und Sport
Hobby
1.
2.
3.
Sport
1.
2.
3.



FRAUEN		
<b>Zyklus-Vorgeschichte</b>	ja	nein
Unregelmäßigkeiten letzte Periode am:		
<b>Verhütungsmethoden</b>		
Antibabypille		
Intrauterinspirale		
Diaphragma		
Kondom		
Chemische Mittel		
Eileiterunterbindung		
<b>Gynäkologische Erkrankungen</b>		
wenn ja, welche		
<b>Schwangerschaften/Fehlgeburten</b>		
Hatten Sie bereits eine Schwangerschaft		
Wenn ja wie viele?		
Hatten Sie einmal eine Fehlgeburt?		
wenn ja wie viele?		
<b>Besteht unerfüllter Kinderwunsch</b>		
falls ja, bitte in der Praxis nachfragen, ob weiterer spezieller Fragebogen vorhanden		
<b>Operationen</b>		
Operationen im Bauchbereich		
Gynäkologische Operationen		
Wenn ja, welche, wann		
wurde bei Ihnen eine Endometriose festgestellt		
Wenn ja, wurden Sie und wenn ja, wie behandelt:		
Art der Behandlung:		
Operation		
Hormonbehandlung		
Andere Behandlung		
Andere Operationen		
Andere gynäkologische Beschwerden		
Wenn ja welche		
Scheidenausfluss		
Juckreiz oder Brennen in der Scheide oder am Scheideneingang		
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr		
Abgang von Flüssigkeit aus der Brust (außerhalb von Stillzeit und Schwangerschaft)		
einseitig		
beidseitig		

MÄNNER		
<b>Operationen/Erkrankungen im Bauchbereich</b>	ja	nein
Sind Sie am Blinddarm operiert worden		
Wenn ja, wann		
Hatten Sie eine Darmoperation?		
Wenn ja, wann?		
Andere Operationen		
<b>Urologische Erkrankungen</b>		
Welche, wann		
Prostata-Erkrankung		

Hatten Sie einen Hodenhochstand		
Wurde bei Ihnen eine Varikozele-(Krampfader) oder Hoden-Operation durchgeführt?		
Hatten Sie entzündliche Erkrankungen im Genitalbereich		
Wenn ja, welche		
Wurden Sie sterilisiert? (Samenleiterunterbindung)		
Wurde bei Ihnen schon einmal Refertilisations-Operation durchgeführt?		
Unerfüllter Kinderwunsch		
falls ja, bitte in der Praxis nachfragen, ob weiterer spezieller Fragebogen vorhanden		

WOHNUNG						
UMGEBUNG DER WOHNUNG	jetzt			früher		
	1	2	3	1	2	3
Geben Sie bitte bei den nun folgenden Fragen die ungefähre Entfernung an 1 = direkte Nachbarschaft 2 = bis 500 m 3 = > 500 m – 1000 m						
Grünanlagen <i>Biozide</i>						
ländliche Umgebung <i>Biozide, Landwirtschaft, Erholungsgebiet</i>						
Naherholungsgebiet						
Mülldeponie <i>Grundwasserbelastung, nun vielleicht Bauland, Staub</i>						
Gewässer						
Weinberge <i>Biozide, Pestizide, Kupfervitriol</i>						
Müllverbrennungsanlage						
Chemische Reinigung in unmittelbarer Nachbarschaft, <i>chemische Toxine (TriChlorPeroxid)</i>						
stark befahrene Straße oder Autobahn <i>Benzol, Cadmium, Bremsabrieb, Reifenabrieb</i>						
Landwirtschaft						
Handwerksbetriebe <i>Inhalation, Metallverarbeitung, Verbrennung von Dioxinhaltigen Abfällen in Schreinereien, Lackfabrik, Tankstellen (Toluol, Benzol)</i>						
Flugplatz / Fluglärm <i>Lärm, Kerosin, Reifen</i>						
Heizkraftwerk <i>Inhalation, Kohlekraftwerk (Quecksilber)</i>						
Lärmbelästigung						
Hochspannungsleitung <i>Quadrat zum Abstand elektromagnetische Felder (Überlandstrom) Transformatoren (Dioxine in Ölen)</i>						
Starkstromkabel/Transformator/Überlandleitungen <i>Quadrat zum Abstand elektromagnetische Felder (Überlandstrom) Transformatoren (Dioxine in Ölen)</i>						
Sender/Radaranlagen <i>EMF, Abstrahlkegel</i>						
Eisenbahn <i>Lärm, niederfrequente Felder, 100m Mindestabstand</i>						
Atomkraftwerk <i>Radioaktive Strahlung</i>						

BELASTUNGEN IN DER WOHNUNG		
Welchen Belastungen waren Sie während der letzten 10 Jahre in Ihrer Wohnung/Umgebung ausgesetzt?	Einzug Monat/Jahr	Auszug Monat/Jahr
Jetzige Wohnung (bitte mit A kennzeichnen)		
Frühere Wohnung (bitte in Folge mit F1 kennzeichnen)		
Frühere Wohnung (bitte in Folge mit F2 kennzeichnen)		
Zweitwohnung (bitte mit Z kennzeichnen)		
GEBÄUDE		
	jetzt A und/oder Z	früher (F1 und/oder F2)
Gasbeton Yton problematisch wegen Kleber		
Beton <i>Fugenmaterial PCB (Langzeitbelastung), Altbeton, Bau im Winter mit Frostschutzmitteln, langjährige Ausgasung</i>		
Ziegel <i>Hohlbaustein, porös, Ausgasung über Jahre, Vakuolen enthalten Styropor oder Müll geschreddert</i>		
Holz <i>Terpene, Imprägnierung, Holzschutzmittel</i>		
Fachwerkhaus <i>Imprägnierung DDT, PCP, Lindan, Stroh und Lehm, Schimmel, Fungizide, PCP bis neunziger Jahre, Halatox (DDT) rechts der Elbe</i>		
Ziegelhaus		
unbekannt		
Baujahr		
Jahr der letzten Renovierung <i>Zuordnung der Toxine</i>		
Gebäudehöhe <i>Durchgasung</i>		
nur Erdgeschoss		
Flachdach <i>Wasserschäden, Schimmel</i>		
Einfamilienhaus <i>WLAN, DECT</i>		
Mehrfamilienhaus <i>WLAN, DECT, Rauchen, Waschräume</i>		
welche Etage bewohnen Sie:		
Untergeschoss, Souterrain <i>Schimmel</i>		
Erdgeschoss <i>Radon</i>		
Dachgeschoss <i>Schimmel, Formaldehyd, Verbundstoffe, Dampfsperre innen oder außen, Holzschutzmittel, Borsalze, Dämmmaterialien, Epoxid, Im Sommer mehr Probleme</i>		
Hatte Ihr Haus/Wohnung einen		
Wasserschaden <i>Schimmel</i>		
Sturmschaden <i>Verdeckter Wasserschaden</i>		
Hochwasserschaden		
Brandschaden		

WOHNUNG		
Wohnungsgröße (qm)		
Anzahl der Mitbewohner		
Hitze, z. B. überheizt		
Kälte z.B. keine Heizung		
Feuchtigkeit > 60% <40% <i>Schimmelbelastung, Ausgasung aus Möbel</i>		
Schimmel <i>Quelle finden</i>		
Dauerbeleuchtung <i>Gestörter Schlaf, EMF</i>		
Klima-Anlage <i>Schimmel, Fungizide</i>		
Raumluftverbesserer (Absorber) <i>Dichtigkeit. HEPA-Filter ist gut. Ionisatoren können Ozon und Formaldehyd erzeugen</i>		
Zimmerbrunnen		
Heizung		
Zentralheizung <i>Tankunfälle, Öl im Boden</i>		
Gas-Etagenheizung <i>Leckage</i>		
sonstige Etagenheizung		
Elektrospeicherofen <i>Asbest</i>		
Einzelofen <i>Inhalation, Leck</i>		
Fußbodenheizung/Wand- oder Deckenheizung <i>Umwirbelung der Luft, Materialien, EMF</i>		
Kachelofen <i>CO, wichtig ist das richtige Holz, Pestizide, staatlicher Forst besser</i>		
offener Kamin <i>Belüftung, problematisch bei MCS, CO</i>		
bitte geben Sie den Brennstoff an:		
Wasseraufbereitung vorhanden		
Warmwasserversorgung		
Trinkwasserrohre, geben Sie das Alter in Jahren an (0= unbekannt)		
Blei		
Kupfer		
verzinkte Rohre		
andere (welche?)		
Küchenherd		
Gas		
Kohle/Brikett/Koks		
Mikrowelle (Kochen und Aufwärmen) <i>Strahlenbelastung, Veränderung der Nahrung</i>		
Induktionsherd <i>EMF, Aluminium und Nickel Kochgeschirr</i>		
Wurden in Ihrer Wohnung Kammerjägereinsätze durchgeführt? <i>Pestizide, Biozide, Kontamination von Lebensmitteln, Pyrethroide</i>		
wenn ja, wann zuletzt?		
Setzen Sie selbst Pestizide (Insektensprays, - pulver, Nexalotte o.ä) ein? <i>Lindan, Läusemittel</i>		

wenn ja, wann zuletzt?				
Pflanzensterben? <i>Alarmsignal, chemisch-toxische Inhalation</i>				
Wann wurde Ihre Wohnung zuletzt renoviert? Jahr:				
Haben oder hatten Sie in den letzten 10 Jahren Haustiere?				
welche Anzahl von bis <i>Krankheiten der Haustiere, normale Lebensdauer, Schadstoffe aus dem Boden schädigen die Tiere schneller</i>				
<b>ZIMMER</b>				
<b>Alle Fragen beziehen sich auf die jetzige Wohnung</b>				
	<b>Schlafzimmer</b>	<b>Wohnzimmer</b>	<b>Küche</b>	<b>andere</b>
<b>Größe in qm</b>				
<b>Aufenthaltsdauer pro Tag</b> (Stundenangabe)				
<b>freie Balken/Holzflächen (qm-Angabe)</b>				
davon mit Holzschutzmittel behandelt?				
nichts				
wenig				
viel/alles				
unbekannt				
wann behandelt (Jahresangabe)				
womit behandelt (Name des Mittels angeben)				
Lack				
Lasur				
Bienenwachs				
unbekannt				
<b>Wand-/Deckenverkleidung aus Kunststoff?</b>				
keine				
wenig (z.B. Balken)				
mittel (z.B. Decke/Wände)				
viel (Decken und Wände)				
<b>Fußboden-Untergrund</b> <i>Schüttung, Dämmung, Schimmel, Kork, Pestizide</i>				
Estrich <i>Schimmel</i>				
Spanplatten <i>Dielenboden nach Renovierung, Formaldehyd</i>				
Dielen <i>Dämmung, Unterboden</i>				
<b>Fußboden</b>				
Laminat <i>Verbundwerkstoff, Formaldehyd BioCheck F Dräger</i>				
Dielen				
Kork <i>Pestizide</i>				
Parkett <i>Sehr gut, Herkunft? Verklebung, Fertigparkett, (Verbund/Formaldehyd) Versiegelung, Lack, Lösemittel</i>				
Kunststoff, z. B. PVC <i>PVC ist toxisch, Phthalate, Weichmacher, Alt-PVC-Asbest</i>				
Linoleum <i>Industrielinoleum-PVC, Echtes Linoleum ist gut, Ausdünsten lassen, ölhaltige Substanz</i>				
Stein /Fliesen				





<b>Sonstige Beschäftigungen / Nebentätigkeiten</b>	Wochenstunden	seit (Jahr)
1.		
2.		
3.		
Falls Sie verheiratet sind oder mit einem Partner/in zusammenleben, welchen Beruf übt diese/r aus?		
Welchen Belastungen waren Sie während der letzten 10 Jahre an Ihrem Arbeits-, Ausbildungsplatz ausgesetzt?		
tätig als	von	bis
<b>Beschreibung des Arbeitsplatzes:</b>	<b>jetzt</b>	<b>früher</b>
Wochenarbeitszeit (Stundenangabe)		
<b>Art der Tätigkeit</b>		
körperlich		
geistig		
sowohl als auch		
<b>Arbeitsort:</b>		
im Freien		
Innenraum		
sowohl als auch		
<b>Arbeitsweise</b>		
selbstbestimmt		
Hilfskraft		
Fließband-, Akkordarbeit		
Gruppenarbeit / Mehrplatzarbeit		
Mehrplatzarbeit		

SCHUTZMITTEL AM ARBEITSPLATZ				
SCHUTZMITTEL	jetzt /ja	jetzt /nein	früher /ja	früher /nein
Maske/Schutzbrille				
Handschuhe				
Schuhwerk				
Kopfschutz				
Gehörschutz				
Schutzkleidung				
Absaug-/Abzugsanlage vorhanden				
Lüftungsanlage vorhanden				
sonstige, falls ja – welche?				

ARBEITSPLATZ-UMGEBUNG	jetzt			früher		
Geben Sie bitte bei den nun folgenden Fragen die ungefähre Entfernung an 1 = direkte Nachbarschaft 2= bis 500 m 3= > 500 m – 1000 m	1	2	3	1	2	3
Grünanlagen						
ländliche Umgebung						
Mülldeponie						

Gewässer						
Weinberge						
Müllverbrennungsanlage						
Chemische Reinigung						
stark befahrene Straße oder Autobahn						
Landwirtschaft						
Handwerksbetriebe						
Naherholungsgebiet						
Flugplatz / Fluglärm						
Heizkraftwerk						
Lärmbelästigung						
Hochspannungsleitung						
Starkstromkabel/Transformator/Überlandleitungen						
Sender/Radaranlagen						
Eisenbahn						
Atomkraftwerk						
<b>GEBÄUDE DES ARBEITZPLATZES</b>						
Gasbeton						
Beton						
Ziegel						
Holz						
Fachwerkhaus						
Ziegelhaus						
unbekannt						
Baujahr						
<b>Lage des Arbeitsplatzes</b>						
Großstadt/City						
Außenbezirk Stadt						
Wohngebiet						
Industriegebiet/Gewerbegebiet						
Mischgebiet						
Kleinstadt						

BESONDERHEITEN AM ARBEITSPLATZ	jetzt	früher
freie Balken/Holzflächen in qm		
davon mit Holzschutzmittel behandelt?		
nichts		
wenig		
viel/alles		
unbekannt		
Wand-/Deckenverkleidung aus Kunststoff?		
Fußboden		
Laminat		
Dielen		

Kork		
Parkett		
Kunststoff, z. B. PVC		
Linoleum		
Stein /Fliesen		
Teppichboden		
Teppich		
<b>MÖBEL</b>		
Kunststoff-/Spanplattenmöbel		
keine		
wenig (z. B. Kleinmöbel)		
viel (fast alles)		
Computer/Kopiergeräte/WLAN/Telefon <i>EMF, Feinstaub, Metalle, Ausgasung Flammschutzmittel</i>		
Zahl der Computer in Ihrem Arbeitsraum		
Dauer der Arbeitszeit am Computer (Std. pro Tag) beruflich privat		
Kopiergerät/Laserdrucker/Tintendrucker im Arbeitsraum		
DECT-Telefon		
WLAN am Arbeitsplatz		
Werden/wurden an Ihrem Arbeitsplatz regelmäßig Kammerjäger eingesetzt?		
wann zuletzt		
Setzen Sie selbst Pestizide am Arbeitsplatz ein?		
wenn ja, welche		
Unterliegt Ihr Arbeitsplatz der Schadstoffverordnung oder anderen besonderen Sicherheitsvorschriften?		
wenn ja, welchen?		
Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre Tätigkeit / Arbeitsplatz (ggf. gesondertes Blatt):		

CHEMISCHE, PHYSIKALISCHE und ANDERE REIZE				
Waren/sind sie besonderen chemischen, physikalischen oder anderen Reizen ausgesetzt? (Intensität 1-6 / 1=wenig, 6= stark)	in welchem Zusammenhang?			
	ja	nein	privat	beruflich
Hitze				
Kälte/Klimaanlage				
Feuchtigkeit /Schimmelbildung				
Staub				
Abgase, Gase				
Bildschirmgeräte <i>Kunststoffe, Auslassung, Flammschutzmittel, PCP</i>				
Lärm, z.B. PC, Drucker				
nervliche Belastung <i>psychosozialer Stress</i>				
Kunstlicht <i>Flackerreiz Frequenz, Warmlicht, Kaltlicht</i>				
Dauerbeleuchtung				
Kopierer / Laserdrucker / Tintendrucker <i>Ozon, Feinstaub, Tinte</i>				
Lösungs-/Reinigungsmittel/Klebstoffe.				
Geruchsbelästigung <i>Schimmelursache</i>				
Friseurpräparate /Haarbehandlungsmittel <i>Lösemittel, Kosmetika, Pigmente, toxisch, sensibilisierend</i>				
Kosmetika <i>Titandioxid enthält Nanopartikel, toxisch, sensibilisierend</i>				
chemische Kleiderreinigung				
Leder (Möbel, Kleider, etc.)				
Metalle (Nickel etc.)				
Insektizide, Pestizide, Herbizide (Unkraut-Mittel, Ungeziefer-Mittel)				
Kammerjägereinsatz in der Wohnung oder am Arbeitsplatz.				
Läuse, Krätze				
Würmer				
Radioaktive Substanzen oder Strahlen				
Vermuten Sie, dass Schadstoffe oder Umwelteinflüsse Ihre Beschwerden verursachen?				
wenn ja welche				

KOSMETIK, KÖRPERPFLEGE, KÜCHE, HAUSHALT	Ja	Nein
Benutzen Sie Naturkosmetik und Bioprodukte zur Körperpflege?		
Benutzen Sie eine Zahncreme mit Fluor?		
Benutzen Sie regelmäßig Parfüme?		
Benutzen Sie Sprays? (Kosmetik, Reinigungsmittel, Haarspray, Deo)		
Benutzen Sie biologisch verträgliche Haushaltsreiniger?		
Achten Sie auf die Vermeidung von Aluminium und Plastik in der Küche und beim Einkauf?		
Reinigen Sie die Raumluft mit einem HEPA-Filter?		
Benutzen Sie eine APP beim Einkauf?		
Achten Sie beim Einkauf auf Anbau in Europa?		

ERNÄHRUNG		
<i>Mangelsyndrome, basische Kost, Detox, Toxine in der Nahrung, Irritation, Intoleranzen / Allergien</i>	ja	nein
Ich esse und trinke uneingeschränkt		
alles		
vegetarisch		
lakto-vegetabil		
ovo-lakto-vegetabil		
vegan		
Trennkost		
Low-Carb		
Ketogen		
andere Ernährungsform		
Machen Sie momentan eine spezielle Diät? Wenn ja welche		
Ernähren Sie sich mit kontrolliert biologischer Kost?		
Bereiten Sie Ihr Trinkwasser auf? Destillation, Umkehrosiose?		

BEKANNTE PROBLEME MIT DER ERNÄHRUNG		
Laktoseintoleranz		
Fruktose-Malabsorption		
Histamin-Unverträglichkeit		
Gluten-Unverträglichkeit		
Zöliakie		
FODMAP-Intoleranz		
Pilzbesiedelung		
Dünndarmüberwucherung SIBO		
gesicherte Nahrungsmittelallergien		
Mangel an Verdauungsenzymen		
Gicht		
Diabetes		
andere gesicherte Stoffwechselerkrankung		
Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel nicht? Wenn ja, welche?		

**ERNÄHRUNGANAMNESE**

Bitte geben Sie in den folgenden Abschnitten Ihren durchschnittlichen wöchentlichen Verzehr an, bezogen auf die vergangenen 12 Monate.

	Esse oder trinke ich nicht	1x pro Woche	2-3x pro Woche	4-6x pro Woche	täglich 1 x	täglich 2-3x	täglich mehr als 4x
<b>FASTFOOD</b>							
Dosengerichte <i>BPA, BPC, BPF</i>							
Fertiggerichte <i>z.T. mehr als 30 Zusatzstoffe</i>							
Restaurant-Essen							
Döner							
Pommes							
Salatzubereitung mit Öl, welches fertige Dressing							
Ketchup							
<b>SÜSSWAREN</b>							
Marmelade							
Honig							
Schokolade, Konfekt <i>Kupfer</i>							
Nutella							
Kuchen, Gebäck							
Schokolade, Riegel, Pralinen							
Kekse							
Kaugummi <i>Titan-Nanopartikel</i>							
Süßstoffe							
Gummis							
<b>MILCH und MILCHPRODUKTE</b>							
Milch <i>Östrogene, IGF1, mikroRNA, GMO-Futter</i>							
Kakao							
Hartkäse							
Weichkäse							
Quark							
Hütten-, Frischkäse							
Sahne, Creme fraiche, Schmand, Rahm							
Molke / Molkepulver							
Kefir							
Butter							
Butterschmalz							
<b>FLEISCH und FISCH</b>							
Schwein							
Rind und Kalb							

Lamm							
Ziege							
Innereien / Blutwurst							
Geflügel							
Wild							
Wurst, Schinken <i>Nitrat</i>							
Schmalz							
Fisch aus Fischzucht							
Scholle							
Thunfisch <i>Quecksilber</i>							
Sushi							
Lachs (Wild/Zucht)							
Süßwasserfisch							
Ostsee-Fisch							
Aal							
Muscheln,							
Schrimps							
Krebse							
<b>EI</b>							
Eier							
<b>GETREIDE und KOHLENHYDRATE</b>							
Brot, Brötchen (1Scheibe oder 1 Stück)							
Weißbrot <i>Glyphosat</i>							
Roggenbrot							
Dinkelbrot							
Haferflocken <i>Glyphosat</i>							
Fertigmüsli, Cornflakes							
Nudeln u. Teigwaren							
Kartoffel							
Süßkartoffel							
Reis <i>Arsen (Asien), Pestizide</i>							
Mais							
Buchweizen <i>Glyphosat</i>							
Hirse <i>Glyphosat</i>							
<b>ÖLE und FETTE</b>							
Margarine							
Sonnenblumenöl							
Rapsöl							
Mayonnaise							
Schmalz							
Butterschmalz							
Lebertran							

Olivenöl							
Kokosfett / MCT-Öl							
Leinöl							
Hanföl							
Distelöl							
Walnuss-Öl							
<b>GEMÜSE</b>							
Avocado							
Mais							
Gefrorene Erbsen							
Zwiebel							
Aubergine							
Spargel							
Blumenkohl							
Brokkoli							
Pilze							
Kohl							
Spinat							
Grünkohl							
Tomaten							
Stangensellerie							
Kartoffel							
Pepperoni							
Gemüse insgesamt (gekocht oder roh)							
Salat							
Essig							
Petersilie							
Koriander <i>Pestizide</i>							
Karotten							
Beete							
Zucchini							
Gurke							
Rettich, Radieschen							
sonstige							
<b>HÜLSENFRÜCHTE</b>							
Erbsen							
Kichererbsen <i>Glyphosat</i>							
Linsen <i>Glyphosat</i>							
Bohnen <i>Glyphosat</i>							
<b>OBST</b>							
Ananas							
Melone							
Kiwi							
Papaya							



Apfel							
Nektarine							
Trauben							
Pfirsiche							
Kirschen							
Birnen							
Erdbeeren							
Banane							
Orange							
Mandarine							
Grapefruit							
Zitrone							
Pflaumen							
Weintrauben							
Beeren (Heidelbeere, Himbeeren, Brombeeren, Aronia, Holunder)							
Mango							
Sonstige							
<b>NÜSSE und SAMEN</b>							
Mandeln							
Erdnüsse <i>Glyphosat</i>							
Walnüsse							
Macadamia							
Cashew							
Pekan-Nüsse							
Paranüsse <i>Schimmel</i>							
Pistazie <i>Schimmel</i>							
Kürbiskerne							
Sonnenblumenkerne							
Sesam							
Leinsamen <i>Glyphosat</i>							
Chia-Samen							
Quinoa							
sonstige							
<b>GETRÄNKE (Glas/Tasse)</b>							
Kaffee							
Tee							
Fruchtsaft							
Gemüsesaft							
Sojamilch							
Mandelmilch							
Kokosmilch							
Hafermilch							
Limonade							

Coca-Cola o.ä.							
Bier							
Wein, Sekt							
andere alkoholhaltige Getränke							

Grün: Clean Fifteen

Gelb: Dirty Dozen

Wünschen Sie noch Informationen zu bestimmten Punkten?

Für wissenschaftliche Zwecke würden wir gerne Ihre anonymisierten Daten auswerten. Dazu benötigen wir Ihr Einverständnis

Ich bin damit einverstanden

Unterschrift

Datum