

## Persönlicher Fragebogen zu Wohn- und Arbeitsräumen

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und allenfalls anonymisiert weiterverarbeitet. Die Daten helfen uns sehr bei der Suche nach der Ursache der festgestellten Symptome bzw. Beeinträchtigungen. Antworten Sie jedoch nur, wo Sie sicher sind oder vermerken Sie Unsicherheiten.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen entweder an oben stehende Adresse oder an die von Ihnen beigezogene Fachperson.

Bei verschiedenen Standorten nicht denselben Fragebogen verwenden.

Kopieren Sie den ausgefüllten Fragebogen für Ihre persönlichen Unterlagen.

### 1 Angaben zur Person

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Firma und Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

in Betrieben, Beruf und Stellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2 Festgestellte Gerüche, Symptome und Beschwerden

Sie haben keine Beeinträchtigungen, befürchten jedoch, durch die Anwendung eines problematischen Stoffes in der Wohnung/im Büro möglicherweise Schaden zu erleiden. Art und Anwendung dieses Stoffes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geruchsbelästigung, folgende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gesundheitliche Beschwerden

Müdigkeit/Abgespanntheit  sehr häufig  häufig  selten  nie

Kopfschmerzen

Übelkeit

Konzentrationsschwierigkeit

Augenreizungen (Jucken, Brennen, Tränen)

Verstopfte oder fließende Nase

Rauher, trockener Hals oder Husten

Hautirritation (gerötete, juckende, brennende oder trockene Bereiche)

Atemwegsprobleme

herabgesetzte Geschmacks- und Geruchsempfindlichkeit

Sonstige Symptome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**2.1 Wann treten die Probleme auf?**

---

 chronisch gelegentlich (akut):  regelmässig. Wie oft, wann? unregelmässig. Wie oft, wann? eher nachts  eher tags zu bestimmten Jahreszeiten. Welche? Seit wann treten die Probleme auf?

Ist eine Milderung der Beschwerden beim Aufenthalt ausserhalb der Wohnung/des Büros  
(z.B. während den Ferien) zu beobachten?

 Nein  Ja

---

**2.2 Liegt eine ärztliche Diagnose oder ein Arztzeugnis vor?**

---

 Nein  Ja

(bei Ja), Diagnose:

---

---

---

---

**2.3 Leiden Sie unter Allergien, an zeitweiligen oder dauernden Atemwegsbeschwerden?**

---

 Nein Ja, welche? resp. auf folgende Stoffe:

---

---

---

---

**2.4 Klagen Besucher/innen ebenfalls über Belästigungen oder Symptome?**

---

 Nein Ja

---

**3 Suche nach Problemursachen**

---

---

**3.1 Wird im betroffenen Raum geraucht?**

---

 Nein  Ja

Wird im angrenzenden Räumen, resp. Nachbarwohnungen geraucht?

 Nein  Ja

---

**3.2 Gibt es in Ihrer Wohnung/im Büro eine offene Gasflamme  
(Durchlauferhitzer, Gaskochherd)?**

---

 Nein  Ja in angrenzenden Räumen:

---

---

---

---

**3.3 Werden chemische Erzeugnisse im Raum verarbeitet (z.B. Kleinarbeiten, Hobbys)?**

---

 Nein Ja, folgende:

---

---

---

---

**3.4 Wie wird der Raum allgemein belüftet; wie ist das Klima?**

---

 Fenster immer zu Fenster immer gekippt (spaltweit) oder ganz offen Es wird einmal am Tag gelüftet Es wird mehrmals am Tag gelüftet

---

---

Verwenden Sie einen Luftbefeuchter?

 Nein  Ja

(bei Ja),

 Verdunster mit Filter  ein passives System (z.B. Verdunster an Heizkörper) Verdampfer  Verdunster ohne Filter

---

---

Wann betreiben Sie das Gerät?

 Winter Frühling Sommer Herbst

---

Haben Sie eine Klimaanlage?  Nein  Ja

Wie schätzen Sie das Raumklima ein?

- feucht  trocken  
 normal  weiss nicht

Wie hoch ist die durchschnittliche Raumtemperatur?

- 17-19°C  20-22°C  
 23-25°C  mehr als 25°C

**3.5 Was für eine Heizung haben Sie?**

- Zentralheizung, über  Radiatoren  Bodenheizung/Deckenheizung  
mit  Fernheizung  Ölheizung  
 Gasheizung  Elektroheizung  
 anderem:  
 Einzelofenheizung mit  Holz  Kohle  
 Gas  Öl  
 elektrisch  anderem:  
 anderes Heizsystem:

**3.6 Die Räume sind gegen Wärmeverlust...**

- gut isoliert  schlecht isoliert

**3.7 Treten im Raum (Wand, Fenster etc.) Schimmelpilze auf?**  Nein  Ja

**3.8 Stellen Sie erhöhte Staubablagerung fest? (z.B. Fasern von Teppichen, Vorhängen)**

- Nein  Ja, folgende:

**3.9 Verwenden Sie:**

	sehr häufig	häufig	selten	nie
Kerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raumsprays:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duftsteine/-sticks:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duftlampen/-öl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledersprays:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möbelpolitur:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insektensprays:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.10 Sind Sie Erstnutzer/in der Räume nach einem Neubau oder einer Renovation?**

- Nein  Ja

- (bei Ja),  Einzug sofort nach Bauende  
 Einzug Monate nach Bauende

**3.11 Wann fanden letztmals im Haus Renovations-, resp. Bauarbeiten statt?**

Wann/Welche:

**3.12 Wann sind letztmals neue Einrichtungsgegenstände (Möbel, Teppiche, etc.) eingebracht worden?**

Wann/Welche:

---

**3.13 Haben Sie in den Räumen Pflanzen?**

Nein  Ja:

Erdkulturen  Hydrokulturen

Blumensträuße  Trockenblumen

---

---

**3.14 Halten Sie in den Räumen Tiere?**

Nein  Ja, folgende:

---

---

---

**3.15 Stellen Sie in mehreren Räumen eine Belästigung fest?**

Nein, nur in folgendem Raum:

Ja. Versuchen Sie die Räume nach der Stärke der Belästigung zu ordnen und hier aufzulisten:

stark:

---

---

schwach:

---

---

keine Belästigung:

---

---

---

## 4 Umgebung und Bemerkungen

---

---

**4.1 Das Gebäude befindet sich:**

in einer städtischen Umgebung  in der Agglomeration

in ländlicher Umgebung  in Industrienähe

an einer stark befahrenen Strasse  in der Nähe einer Bahnlinie

in der Nähe eines Flugplatzes  in der Nähe eines Gewässers

in der Nähe einer Überland-Stromleitung  in der Nähe einer Transformatorstation

in der Nähe einer Mobilfunkantenne

---

---

**4.2 Gebäudetyp:**

freistehendes Einfamilienhaus  Reiheneinfamilienhaus

Mehrfamilienhaus/Geschäftshaus  Haus mit integrierter Garage/Tiefgarage

Haus mit gemischter Nutzung (Gewerbe, Industrie, Wohnungen)

älterer Bau  Neubau

frisch renovierter Bau

---

---

**4.3 Sie  mieten oder  besitzen die Räumlichkeiten...**

zur Arbeit  zum Wohnen

---

---

**4.4 Haben Sie eine Vermutung über Ursachen der Probleme; worauf führen Sie die Beschwerden zurück?**

Nein  Ja, folgende:

---

---

Ja, siehe separates Blatt

Legen Sie möglichst viel Informationen über verwendete Produkte bei (z.B. Rechnungen, Infoblätter, BAG-Nr. etc.).

---

---

**4.5 Bemerkungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

---