

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: _____

<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Beschwerden	sehr häufig	häufig	selten	nie
Müdigkeit/Abgespanntheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenreizungen (Jucken, Brennen, Tränen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte oder fliessende Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauher, trockener Hals oder Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautirritation (gerötete, juckende, brennende oder trockene Bereiche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herabgesetzte Geschmacks- und Geruchsempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) 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: