

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

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: _____

sehr häufig
häufig
selten
nie

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 Gebäudetyt:

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: _____
