

E/ _____ /2021

Redaktion der

**Europäischen Gesellschaft für
 gesundes Bauen und
 Innenraumhygiene (EGGBI)**

Josef Spritzendorfer

Redakteur
 Mitglied im "Deutschen Fachjournalisten-Verband" DFJV
 Geschäftsführer der Beratungsagentur OEBAG
 Am Bahndamm 16
 D 93326 Abensberg

[E] beratung@eggb.eu
 [T] +49 (0) 9443 700 169
 [F] +49 [0] 9443 700 171
 [I] www.eggb.eu

**FRAGEBOGEN GESUNDHEIT UND
 FAMILIENSITUATION**

Vertraulicher Fragebogen, der ausschließlich zu individuellen Beratung herangezogen wird und nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Befragten gegebenenfalls an einen beratenden Arzt weitergegeben werden darf.

Für wissenschaftliche Auswertungen werden die Daten ausschließlich anonymisiert (kein Familienname am Fragebogen/nur Bearbeitungsnummer) eingesetzt.

TEIL 1 Selbstauskunft allgemeine Fragen

A Angaben zur Familie und derzeitiger Wohnsituation:

Aus wie vielen Personen besteht die Familie? _____

Welches Alter haben die Familienmitglieder _____

	Zutreffendes bitte ankreuzen
Aktuelle Wohnsituation	
Lage:	
Ländlicher Raum	
Städtischer Raum	
Zentrum	
Randlage	
Gewerbegebiet	
Nähe:	
Flughafen	
Autobahn/ Schnellstrasse	
Bahnlinie	
Trafoanlagen	
Hochspannungsleitungen	
Telefonsendemasten	
Sumpf/Moor	
Gewässer (Fluss/ See)	
Tankstelle	
Mülldeponie	
Landwirtschaft (gegebenenfalls Felder mit Insektiziden und Pflanzenschutzmitteln belastet)	
Wäscherei	
Sonstige Gewerbeanlagen/Industrie:	

Fragen zum derzeit genutzten Gebäude	Zutreffendes bitte ankreuzen
Eigentum	
Miete	
ca. Wohnfläche pro Person:	
unter 15 m ² pro Person	
unter 30 m ² pro Person	
über 30 m ² pro Person	
Älteres Gebäude (bis 1990)	
Neueres Gebäude (ab 1990)	
Neubau (ab 2012)	
Bauweise	
Holzhaus	
Ziegelbauweise	
Betonbauweise	
Fertighaus vor 1990 (Baujahr ca.):	
Gemischte Bauweise:	
Sonstiges:	
Heizung:	
Öl	
Gas	
Elektro	
Holz//Pellets	
Fernheizung	
Wärmepumpe	
Sonstiges:	
Heizsystem:	
Fußbodenheizung	
Wand/ Deckenheizung	
Heizkörper	
Offener Kamin	
Kachelofen	
Sonstiges:	
Lüftung:	
Lüftungsanlage zentral	
Lüftungsanlage dezentrale Lüfter	
Keine Lüftungsanlage	

Energiestandard des Hauses	Zutreffendes bitte ankreuzen
Unbekannt	
Niedrigenergie	
Passivhaus	
Energie-Plus Haus	

Erste Angaben zum gesundheitlichen Zustand der Familienmitglieder:

Wie viele Personen der Familie (Alter) sind an Allergien oder anderen Symptomen (Asthma, MCS, EHS, SBS, weitere) erkrankt?

Wenn ja, konnten Ursachen (z.B. Auslöser für Allergien) festgestellt werden?

Seit wann/bei welchem Arzt steht die Familie/das Familienmitglied derzeit diesbezüglich in Behandlung

Verändern sich die Beschwerden bei längerer Abwesenheit aus der Wohnung (Urlaub)

Ja Nein

Bei Ja sind die Ursachen im privaten Wohnumfeld anzunehmen und entsprechende Maßnahmen (Gebäudeuntersuchung, Raumlufmessaung, Sanierung) zu ergreifen.

Verändern sich die Beschwerden bei längerer Abwesenheit vom Arbeitsplatz/ Schule/ Kindergarten (Ferien)

Ja Nein

Bei Ja empfehlen wir eine Kontaktaufnahme mit dem Betriebsarzt/Betriebsrat, Elternverein und Schulleitung um Raumlufmessaungen am Arbeitsplatz/ in der Schule, Kita anzuregen

Allgemeine Fragen zum Wohnumfeld und mögliche Belastungen	ja	nein	teilweise	nicht bekannt
Wand/ Deckenfarben:				
Dispersionsfarben				
Mineralische Farben (Silikatfarben, Kalkfarben, Lehmfarben)				
Latexfarben				
Raufasertapeten				
Kunststofftapeten				
Sonstige:				
Holzverkleidungen				
Gips/Sonstiges:				
Fußböden:				
Fliesen				
Teppichböden				
Laminat				
Parkett geölt				
Parkett versiegelt				
Linoleum				
PVC				
Sonstige Bodenbeläge:				
Neue Möbel				
Neue Heimtextilien (Vorhänge, Kissen, Sofabezüge etc.)				
Gerüche				
Gibt es dauerhafte Geruchbelastungen im Haus				
Gibt es gelegentliche Geruchbelastungen im Haus				
Mögliche Verursacher: (Heizöl...):				
Gibt es dauerhafte Geruchbelastungen in der Außenluft				
Gibt es gelegentliche Geruchbelastungen im Außenluft				
Mögliche Verursacher: (Industrie, Verkehr):				
Wurde bereits einmal eine Raumlufuntersuchung vorgenommen auf				
VOC				
Formaldehyd				
Weichmacher				
Flammschutzmittel, Holzschutzmittel (Hausstaubuntersuchung)				
Schimmel				
Milben				
wenn ja, Prüfberichte bitte beilegen				

Fragen zum aktuellen Wohnumfeld und mögliche Belastungen	ja	nein	teilweise	nicht bekannt
Bereits gemessene Belastung durch Elektrofelder aus der Umgebung (wenn ja, Prüfbericht bitte beilegen)				
Abgeschirmte Leitungen				
Netzfreeschalter				
Elektrogeräte im Schlafraum (Radiowecker, TV, Stereoanlage)				
eigenes WLAN im Wohnbereich				
messbares WLAN aus der Umgebung				
Bereits gemessene Belastung mit Radon (wenn ja, Prüfbericht bitte beilegen)				

Diese Fragen dienen nur einer Erstorientierung.

Bei Bedarf werden die Fragen zum Istzustand der derzeitigen Wohnverhältnisse noch wesentlich erweitert bzw. eine Raumbegehung bzw. entsprechende Messungen (Raumluft/ Hausstaub/ Luftfeuchtigkeit/ Elektrosmog) empfohlen/vermittelt.

B Allgemeine Angaben zum geplanten Projekt:

Fragen zur Baumaßnahme	Zutreffendes bitte ankreuzen
Neue Wohnung mit „Sanierung“	
Umbau/Sanierung derzeitige Wohnung	
Umbau/Sanierung Kauf eines Gebäudes	
Neubau	
Geplanter Zeitpunkt:	
Sofort	
nächste 6 Monate	
nächstes Jahr	
mehr als 1 Jahr	
Lage:	
Ländlicher Raum	
Städtischer Raum	
Zentrum	
Randlage	
Gewerbegebiet	
Nähe:	
Flughafen	
Autobahn/ Schnellstrasse	
Bahnlinie	
Trafoanlagen	
Hochspannungsleitungen	
Telefonsendemasten	
Sumpf/Moor	
Gewässer (Fluss/ See)	
Tankstelle	
Mülldeponie	
Wäscherei	
Landwirtschaft (gegebenenfalls Felder mit Insektiziden und Pflanzenschutzmitteln belastet)	
Sonstige Gewerbeanlagen/Industrie:	
Gemischte Bauweise:	
Sonstiges:	
Energiestandard des geplanten Projektes	
Niedrigenergie	
Passivhaus	
Energie-Plus Haus	

Fragen zum geplanten Gebäude	Zutreffendes bitte ankreuzen
Bauweise	
Holzhaus	
Ziegelbauweise	
Betonbauweise	
Fertighaus vor 1990 (Baujahr ca.):	
Gemischte Bauweise:	
Sonstiges:	
Heizung:	
Öl	
Gas	
Elektro	
Holz//Pellets	
Fernheizung	
Wärmepumpe	
Solarheizung	
Sonstiges:	
Heizsystem:	
Fußbodenheizung	
Wand/ Deckenheizung	
Heizkörper	
Offener Kamin	
Kachelofen	
Sonstiges:	
Lüftung:	
Lüftungsanlage zentral	
Lüftungsanlage dezentrale Lüfter	
Keine Lüftungsanlage	
Grundstück - wurde das Grundstück bereits auf mögliche Belastungen untersucht, die zusätzliche bauliche Maßnahmen erfordern könnten – wenn ja was wurde festgestellt: (bitte Prüfberichte beilegen)	
Bodenbelastungen (Altlasten)	
Strahlenbelastungen	
Radon	
Lärmbelastungen	
Luftbelastungen (Verkehr, Industrie)	
Vegetation – landwirtschaftliches Umfeld (Schimmel, Sporen...)	
Wasseradern	
Sonstiges	

Bereits definitiv festgelegte Produktwünsche (Lehm, Ziegel, Schafwolle, etc.),
Haustechnik (Heizsysteme, Lüftung etc.) mit bereits Ihrerseits ausgewählten Herstellern:

Produkt:_____ Hersteller_____

Produkt:_____ Hersteller_____

Produkt:_____ Hersteller_____

Produkt:_____ Hersteller_____

Produkt:_____ Hersteller_____

Produkt:_____ Hersteller_____

Produkt:_____ Hersteller_____

Legen Sie Wert auf Berücksichtigung von Fragen der „Barrierefreiheit“ (Möglichkeiten **der späteren Nachrüstung** im Alter, bei Behinderungen durch Unfall...
z.B. Treppenbreite, Größe Badezimmer etc.)

Ja Nein

Wie sind Sie auf unser EGGBI Konzept aufmerksam geworden?

Welche Erwartungen/Wünsche werden mit dem neuen Haus/der neuen Wohnungen verbunden?

TEIL 2 Personenbezogener Fragebogen:

Für die folgenden Fragen **gegebenenfalls** bitte jeweils **pro Person** ein eigenes Blatt ausfüllen:

Auch diese Fragen dienen nur einer Erstorientierung – eine umfassende Anamnese der Symptome/Beschwerden kann nur durch den Arzt erfolgen und sollte mit entsprechenden "Handlungsanweisungen" in die Bauplanung als Grundlage einfließen.

Vorname: _____ Alter: _____

männl. wbl.

Wie definieren Sie/ Ihr Arzt ihre spezielle Sensitivität: (z.B. MCS, EHS, Hausstauballergie, Schimmelallergie...)

Gibt es eine klare Ursache (genetisch, Chemikalien"chock" etc.) Ihrer besonderen Sensitivität:

ja nein

Seit wann besteht diese Sensitivität _____

Wurde ein Zusammenhang Ihrer Sensitivität (z.B. MCS) mit der derzeitigen Wohnsituation nachvollziehbar festgestellt

(z.B. Besserung im Urlaub, ...)

ja nein

Art der Beschwerden _____

seit ca.: _____

Fanden zu diesem Zeitpunkt Veränderungen statt?

Neue Wohnung

Neuer Arbeitsplatz/ Schule/ Kindergarten

Umbau

Veränderungen im erweiterten Wohnumfeld (Umspannwerk, Stromleitungen, neue Verkehrsanlagen)

Krankheit

Veränderungen im persönlich/privaten Umfeld - _____

Veränderungen im Arbeitsumfeld (neuer Chef, Stress; neue Arbeitsräume, Tätigkeiten)

◇ sind persönliche Aversionen gegen Produkte/Stoffgruppen (z.B. Leder, Wolle, Holz etc.)
definitiv bekannt:

◇ Veränderungen im persönlichen Verhalten (neue Waschmittel, Reinigungsmittel,
Veränderung der Ernährungsgewohnheiten)

Wurden bereits Auslöser diagnostiziert ◇ ja ◇ nein

Von wem? _____

Welche Auslöser (Schadstoffe namentlich, Pollen, Elektrosmog etc...) wurden diagnostiziert?

Wie werden/wurden die Beschwerden bereits behandelt: Medikamente, Therapien, Kuren?

Fragen zur Erstbewertung individuelle Sensitivitäten und daraus resultierende „Wahrnehmungen“

Mögliche Auslöser:

Welche Beschwerden bereiten Ihnen folgende Stoffe, wenn sie in so geringer Intensität vorliegen, dass sie bei anderen Personen keine Beschwerden auslösen:	Keine Beschwerden	Sehr leichte Beschwerden	Leichte Beschwerden	Ziemliche Beschwerden	Starke Beschwerden	Sehr starke Beschwerden
Benzingeruch/ Dieselgeruch/ Autoabgase						
Asphalt/ Teer						
Tabakrauch						
Pollen						
Tierhaare						
Hausstaub/ Hausstaubmilben						
Schimmelpilze						
frische Druckerzeugnisse (Zeitungen, Prospekte)						
frische Farben und Lacke						
Weichmacher (z.B. Duschvorhänge, Plastikspielzeug)						
Flammschutzmittel						
Reinigungsmittel						
Weichspüler						
chemisch gereinigte Kleider						
frisch geschnittenes Nadelholz						
frische geschnittenes Laubholz						
OSB Platten						
Linoleum						
Teppichböden						
Geölte Holzoberflächen						
Chlor im Wasser (Schwimmbad)						
neue Möbel						
Mottenkugeln						
Innenraum neuer Autos						
Polystyrolprodukte						
Klebstoffe						
Silikone						
Raumerfrischer						
Möbelpolitur						
Holzschutzmittel						
Insektensprays						
Unkrautvernichtungsmittel						
Weitere Biozide:						
Haarspray						
Deos, Parfum						
Nagellackentferner						
Nagellack						
Textmarker (Eddingstifte)						
natürliche Parfumsstoffe (z.B. Rosenduft)						
Duft einer Vanilleschote						
Duft von frischem Kaffee						
koffeinhaltige Getränke						
Duft frischer Erdbeeren						
Alkohol						
Nüsse						
Medikamente:						
Schmerzmittel:						
Sonstige:						

Wirkungen

Welche Wirkungen werden von diesen Stoffen ausgelöst, wenn sie von anderen Personen noch nicht als „störend“ wahrgenommen werden:	gar nicht	kaum	möglicherweise	wahrscheinlich	Sehr wahr-scheinlich
Kopfschmerzen					
vermehrte Speichelbildung					
Ohrgeräusche					
Riechstörungen					
trockene Nase					
Schnupfen, Nasenschleimhautentzündung					
Nasenbluten					
Taubheitsgefühl Zunge					
Kloßgefühl im Hals					
Trockener Hals					
Halsschmerzen					
Augenbeschwerden (Jucken, Brennen)					
gestörte Farbwahrnehmung					
Sehstörungen					
Hauterkrankungen					
Juckreiz					
Kurzatmigkeit					
keuchenden Atem					
Herzrasen					
Erkrankungen der Bronchien					
Asthma					
Gelenk und Muskelschmerzen					
Brustschmerzen					
Hitzewallungen					
Taubheit in Gliedmassen					
Druck im Oberbauch					
unregelmäßiger Puls					
Magenschmerzen					
Durchfall					
Verstopfung					
Übelkeit/ Erbrechen					
Blähungen					
Weitere Magen und Darmbeschwerden:					
Magengeschwür					
Herz-Kreislaufprobleme					
Störungen Leber/Nierenfunktion					
Tumor Lunge					
Tumor Hirn					
Tumor Niere					
Tumor Leber					
Blutkrebs					
Mammakarzinom					
Sonstiger Tumor:					
Schlaganfall					
Auffällige Blutwerte					
Hormonstörungen					
Haarausfall					
Häufige Infektionen/ Grippe...					
Müdigkeit					
Schwindelgefühl					
Gedächtnisstörungen					
Nervosität					
Stimmungsschwankungen					
Ärger/ Reizbarkeit/ Aggressivität					

TEIL 3 STELLUNGNAHME des behandelnden Arztes

Anweisungen des Arztes für Gebäudeplanung:

Die Weitergabe an EGGBI erfolgt ausschließlich durch den "Patienten" selbst bzw. nach schriftlicher Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht durch den Patienten erfolgt bei Bedarf ein weiterer Informationsaustausch direkt mit dem Arzt.

Stellungnahme:

Grundsätzliche Diagnose: (natürlich nur in Bezug auf Fragen der Wohngesundheit!)

Neben allgemeiner Emissionsminimierung ist besonderer Wert zu legen auf:

- ◇ Absolute **Minimierung elektromagnetischer Strahlen (intern und extern)**
 - Erforderlich: Sonderberatung
- ◇ Planerischer **Berücksichtigung von Aspekten bzgl.**
- ◇ besondere Schimmel- Sensibilisierung
- ◇ Hausstauballergie
- ◇ Pollenallergien
- ◇ Radonbelastung
- ◇ Sonstige: _____

Bauprodukt-spezifische besondere Berücksichtigung:

- ◇ VOCs
- ◇ Formaldehyd
- ◇ Terpene ◇ Essigsäure ◇ Ameisensäure (= natürliche Holzemissionen)
- ◇ Acrylate
- ◇ Glykole
- ◇ MVOCs
- ◇ Weichmacher ◇ Flammschutzmittel
- ◇ weitere besonders relevante Stoffgruppen (bitte vom Arzt auflisten lassen) die zu vermeiden sind:

Sind für die Produktauswahl neben den allgemeinen Produktkriterien (Emissionsmessungen) zusätzliche individuelle Verträglichkeitstest (z.B. [LTT, ITT Test](#)) verschiedener Stoffe erforderlich?

ja nein

Wenn ja

Generell für alle innenraumrelevanten Baustoffe/Produkte

Für ausgewählte Produktgruppen (Fußbodenbeläge, Wandfarben... bitte auflisten:)

Wird für eine Optimierung der Diagnose eine

Raumluftmessung

Elektrosmogmessung

Radonmessung in der bisherigen Wohnung empfohlen?

ja nein

Ist eine solche angesichts der vorliegenden Diagnose mit der Krankenkasse verrechenbar?
(umweltmedizinische Anamnese)

ja nein

Weitere ärztliche Empfehlung für die Gebäude/Raumplanung:

Ort/ Datum

Name des Arztes

Anlage zur Weitergabe auch an den behandelnden Arzt:

Enthebung von der ärztlichen Schweigepflicht

gegenüber der
Europäische Gesellschaft für gesundes Bauen und Innenraumhygiene

zu Fragen

besonderer individueller umweltrelevanter Unverträglichkeiten und Allergien

für eine Optimierung der „Wohngesundheit“

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass

Dr.

.....
.....

der EGGBI in unmittelbarem Dialog zu den oben erwähnten Fragen antworten darf.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Patienten

Dieser Fragebogen kann auch als „am PC ausfüllbare“ Worddatei bei beratung@eggbi.eu angefordert werden.