

Patient

geb.:

Dr. med. Stefan Trapp  
 Facharzt für Augenheilkunde  
 Von Weichs Str.23, 53121 Bonn  
 Tel.: 0228 619966-0  
 Fax: 0228 619966-1  
[info@medbonn.com](mailto:info@medbonn.com)  
[www.medbonn.com](http://www.medbonn.com)

## ALLGEMEINE ANGABEN

Nationalität			
Größe und Gewicht			
Wie groß sind Sie? (cm)			
Wie viel wiegen Sie zurzeit? (kg)			
<b>Gewichtsänderung in den letzten 10 Jahren</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Zunahme? (kg)			
Abnahme? (kg)			
Haben Sie jemals <b>geraucht</b> ?			
Wenn ja, von wann bis wann?			
Rauchen Sie derzeit?			
Wenn ja, was und wie viel?			
Stört es Sie, wenn in Ihrer näheren Umgebung geraucht wird?			
Besteht eine Überempfindlichkeit für Düfte/Parfum?			

## ANAMNESE

### A - EIGENANAMNESE

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?	ja	nein
Kinder-/Infektions-/Reisekrankheiten		
Parasiten		
Diphtherie		
Keuchhusten		
Masern		
Windpocken		
Röteln		
Mumps (Ziegenpeter)		
Zeckenstich (Borreliose)		
Pfeiffersches Drüsenfieber		
Leberentzündung (Hepatitis)		
Tuberkulose		
Geschlechtskrankheit		
Reisekrankheiten		
Infektionskrankheiten		
Sonstige Erkrankungen, welche		
<b>Herz-/Kreislauf-Erkrankungen/Krankheiten des Nervensystems/der Sinnesorgane/ der Gefäße</b>		
Hoher Blutdruck		
Niedriger Blutdruck		
Herzkrankungen		

<b>Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung? (Fortsetzung von Seite 1)</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Gefäßkrankungen, welche		
Schlaganfall		
Rheuma		
<b>Nerven- und Gemüteskrankungen</b>		
Wenn ja, welche?		
Krampfanfälle (Epilepsie)		
Augenkrankheiten, welche		
Ohrenkrankheiten, welche		
Gefäßkrankungen, welche		
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>		
Zuckerkrankheiten		
Erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride)		
Erhöhte Leberwerte		
Schilddrüsenerkrankungen, welche		
Andere Stoffwechselerkrankung, welche		
<b>Krankheiten der Harn- und Geschlechtskrankheiten</b>		
Blasen- und Nierenerkrankungen, welche		
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>		
Mundschleimhautentzündung		
Speiseröhrentzündung		
Magenschleimhautentzündungen/ Sodbrennen		
Magen-, Darmgeschwüre		
Morbus Crohn (Ileitis terminalis)		
Divertikel		
Colitis ulcerosa		
Irritabler Dickdarm (Reizdarm)		
Gallenblasenerkrankung / Gallensteine		
Bauchspeicheldrüsenentzündung		
Leisten-, Narben- und Nabelbrüche		
Leberkrankheiten, welche		
<b>Krankheiten der Atemwege</b>		
Heuschnupfen / allergische Rhinitis		
Nasennebenhöhlenentzündung		
Chronische Bronchitis		
Asthma / COPD		
Lungenentzündung		
<b>Geschwulsterkrankungen</b>		
Bösartige Geschwulst (Krebs)? welche?		
Gutartige Geschwulst? welche		
<b>Wirbelsäulenerkrankungen</b>		
Muskelerkrankungen		
Gelenkerkrankungen		
<b>Krebsvorsorge – Hatten Sie schon einmal eine Krebsvorsorge-Untersuchung?</b>		
wenn ja, wann zuletzt (Jahr)		
<b>Impfungen (bitte Kopie Ihres Impfpasses beifügen)</b>		
Impfkomplikationen?		
Wenn ja welche?		
<b>Zähne</b>		
Zahnfleischentzündungen		
Zahnwurzelentzündungen		
Amalgamfüllungen (Plomben) jetzt (Anzahl)		
Amalgamfüllungen (Plomben) früher (Anzahl)		
Goldfüllungen		
andere Metalle		
Keramik		
tote Zähne		
Zahnwurzelbehandlungen		
Stiftzähne		
Implantate		

<b>Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung? (Fortsetzung von Seite 2)</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Kronen		
Brücken		
Gebiss (3. Zähne)		
Zahnsperre jetzt		
Zahnsperre früher		
<b>Ausleitungen</b> , wenn ja, womit und wie lange?		
<b>Wurde bei einem operativen Eingriff Fremdmaterial eingebracht?</b> (Schraube, Schiene, Klammer, usw.)		
<b>Allergie</b> (falls Allergieausweis vorhanden, bitte in Kopie beilegen)		
Leiden Sie an allergischen oder allergieähnlichen Reaktionen?		
Wenn ja, welche?		

### B - FAMILIENANAMNESE

<b>Erkrankungen in der Familie:</b> Kommen folgende Erkrankungen in Ihrer Familie vor? Wenn ja, bei welchen Familienangehörigen? Bitte entsprechend ankreuzen.	Mutter	Vater	Ge- schwister	Groß- mutter mütterl.	Groß- vater mütterl.	Groß- mutter väterl..	Groß- vater väterl.
Erbkrankheiten							
Suchtkrankheiten							
Darmerkrankungen							
Tuberkulose							
Schilddrüsenerkrankung							
Zuckererkrankungen							
Nierenerkrankung							
Nebennierenkrankheiten							
Lebererkrankungen							
Krebs							
Psychische Erkrankung							
Neigung zu Übergewicht							
Bluthochdruck							
Herz/Gefäßerkrankungen							
Osteoporose							
Allergien							
Gelenk- und Muskelerkrankungen							
Krampfanfälle							
Asthma							
Ekzem							
Schlaganfall							
sonstige Erkrankungen							
Wenn ja, welche							

### C - ALLGEMEINE BEFINDLICHKEIT

<b>Wie fühlen Sie sich insgesamt (Allgemeinbefinden)</b>	sehr gut	gut	mäßig	schlecht	sehr schlecht
<b>Haben Sie folgende Beschwerden?</b>	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
Leistungsminderung					
Antriebslosigkeit					
Gleichgültigkeit					
Depressive Stimmung/Trauerneigung					
Störung der Konzentrations-/Merkfähigkeit					
chronische Müdigkeit					
Einschlafstörungen					
Durchschlafstörungen					
Aufgeregtheit, innere Unruhe					
Angst-/Panikzustände					
Frieren					
Hitzewallungen					
Nächtliches Schwitzen					
Schweißausbrüche, tagsüber und nachts					
Appetitmangel					
Heißhunger					

<b>Haben Sie folgende Beschwerden (Fortsetzung von Seite 3)</b>	<b>nicht</b>	<b>leicht</b>	<b>mittel</b>	<b>stark</b>	<b>sehr stark</b>
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. (Heuschnupfen-artige Symptome)					
trockene Nase					
Andere Atemwegsbeschwerden, welche					
Beschwerden an Muskeln und Gelenken					
Muskelschwäche					
Muskelzittern					
Muskelkrämpfe					
Ziehen oder Schmerzen in den Muskeln					
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					

Haben Sie folgende Beschwerden (Fortsetzung von Seite 4)	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
Temperaturempfindlichkeit vermindert					
Gleichgewichtsstörungen					
Tinnitus, Ohrgeräusche, -sausen					
Ohrenscherzen, -druck					
Veränderung des Riechempfindens					
Geschmacksstörungen					
andere Beschwerden von Seiten des Nervensystems					
welche?					
Haut					
trockene Haut					
fettige Haut					
Überempfindliche Haut					
Pigmentveränderungen der Haut					
blaue Flecken					
Juckreiz					
Akne					
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					
Mundwinkleinrisse					
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
Waren Sie in der letzten Zeit besonderen <b>seelischen Belastungen</b> ausgesetzt? aufgrund von				ja	nein
Partnerschaftskonflikten					
Problemen im Zusammenhang mit den eigenen Kindern					
Problemen mit Eltern/Schwiegereltern					
schweren Erkrankungen					
Tod eines Verwandten oder Partners					

Waren Sie in der letzten Zeit besonderen <b>seelischen Belastungen</b> ausgesetzt? (Fortsetzung von Seite 5)		<b>ja</b>	<b>nein</b>
anderen Todesfällen			
Problemen im Beruf			
Arbeitslosigkeit			
Mobbing			
sonstige seelische Belastungen - welche?			
<b>Verändern sich Ihre Beschwerden in einer bestimmten Umgebung oder in besonderen Räumen?</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>
wenn ja – regelmäßig?			
<b>Bestand früher eine Abhängigkeit Ihrer Beschwerden</b>			
bei definiertem Schadstoffkontakten			
bei anderen Umwelteinflüssen			
in einer bestimmten Umgebung			
auf Reisen/Urlaub außer Haus			
<b>Verändern sich die Symptome nach der Rückkehr aus Abwesenheit (z. B. Urlaub/Wochenende)?</b>			
<b>Angaben zu Hobby und Sport</b>			
<b>Hobbies</b>			
1.			
2.			
3.			
<b>Sport</b>			
1.			
2.			
3.			
<b>Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nahmen/nehmen Sie über einen längeren Zeitraum - mindestens vier Wochen ein? (Bitte Kopie Ihres Einnahmeplanes beilegen)</b>			
Name/Art	wegen	wie viel/wann	
<b>D - FRAUEN (nur von Frauen auszufüllen!)</b>			
<b>Zyklus-Vorgeschichte</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>
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>		<b>ja</b>	<b>nein</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			

Operationen (Fortsetzung der Seite 6)		ja	nein
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			

### D - MÄNNER (nur von Männern auszufüllen!)

Operationen/Erkrankungen im Bauchbereich		ja	nein
Sind Sie am Blinddarm operiert worden			
Wenn ja, wann			
Hatten Sie eine Darmoperation?			
Wenn ja, wann?			
Andere Operationen			
<b>Urologische</b> Erkrankungen			
Welche, wann			
Prostata-Erkrankung			
Hatten Sie einen Hodenhochstand			
Wurde bei Ihnen eine Varicoceleen-(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

A - UMGEBUNG DER WOHNUNG		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							
Naherholungsgebiet							
Mülldeponie							
Gewässer							
Weinberge							
Müllverbrennungsanlage							
Chemische Reinigung							
stark befahrene Straße oder Autobahn							
Landwirtschaft							
Handwerksbetriebe							
Flugplatz / Fluglärm							
Heizkraftwerk							
Lärmbelästigung							
Hochspannungsleitung							
Starkstromkabel/Transformator/Überlandleitungen							
Sender/Radaranlagen							
Eisenbahn							
Atomkraftwerk							

B - BELASTUNGEN					
	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)				
C - GEBÄUDE			jetzt A und/oder Z	früher (F1 und/oder F2)	
	Gasbeton				
	Beton				
	Ziegel				
	Holz				
	Fachwerkhäuser				
	Ziegelhaus				
	unbekannt				
	Baujahr				
	Jahr der letzten Renovierung				
	Gebäudehöhe				
	nur Erdgeschoss				
	Flachdach				
	Einfamilienhaus				
	Mehrfamilienhaus				
	welche Etage bewohnen Sie:				
	Untergeschoss, Souterrain				
	Erdgeschoss				
	Dachgeschoss				
	Hatte Ihr Haus/Wohnung einen				
	Wasserschaden				
	Sturmschaden				
	Hochwasserschaden				
	Brandschaden				
	Wohnungsgröße (qm)				
	Anzahl der Mitbewohner				
D - BESONDERHEITEN				jetzt	früher
	Hitze, z. B. überheizt				
	Kälte z.B. keine Heizung				
+	Feuchtigkeit > 60%	<40%			
	Schimmel				
	Dauerbeleuchtung				
	Klima-Anlage				
	Raumluftverbesserer (Absorber)				
	Zimmerbrunnen				
	Heizung				
	Zentralheizung				
	Gas-Etagenheizung				
	sonstige Etagenheizung				
	Elektrospeicherofen				
	Einzelofen				
	Fußbodenheizung/Wand- oder Deckenheizung				
	Kachelofen				
	offener Kamin				
	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?)				





Zimmer-Einrichtung – (Fortsetzung von Seite 9)	Schlafzimmer	Wohnzimmer	Küche	anderes
viel (fast alles)				
<b>Ledermöbel</b>				
keine				
wenig (z.B. Kleinmöbel)				
viele				
<b>antike Möbel</b>				
keine				
womit behandelt (Name des Mittels angeben)				
Lasur				
Lack				
Bienenwachs				
Holzwurmmittel				
Heißluft				
<b>Alter der Holzmöbel</b>				
neu (bis 6 Monate)				
mittel (bis 5 Jahre)				
alt (älter als 5 Jahre)				
<b>wenn behandelt, womit (Firma/Produkt) ?</b>				
Lack				
Lasur				
Bienenwachs				
Öl				
<b>Wasserbett</b>				
<b>BERUF / ARBEITSPLATZ / AUSBILDUNG</b>				
Welchen Beruf haben Sie erlernt?				
Wie lange haben Sie ihn ausgeübt? (Jahre)				
Welchen Beruf haben Sie am längsten ausgeübt?				
Wie lange insgesamt? (Jahre)				
Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?				
ausgeübt seit (Jahre)				
Was wird hergestellt?				
Wochenarbeitszeit (Stunden)				
Nachtschicht / Wechseldienst			ja	nein
<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>			jetzt	früher
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						
<b>A - SCHUTZMITTEL</b>		<b>jetzt</b> <b>/ja</b>	<b>jetzt</b> <b>/nein</b>	<b>früher</b> <b>/ja</b>	<b>früher</b> <b>/nein</b>		
	Maske/Schutzbrille						
	Handschuhe						
	Schuhwerk						
	Kopfschutz						
	Gehörschutz						
	Schutzkleidung						
	Absaug-/Abzugsanlage vorhanden						
	Lüftungsanlage vorhanden						
	sonstige, falls ja – welche?						
<b>B – ARBEITSPLATZ-UMGEBUNG</b>			<b>jetzt</b>			<b>früher</b>	
	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>C - GEBÄUDE</b>							
	Gasbeton						
	Beton						
	Ziegel						
	Holz						
	Fachwerkhaus						
	Ziegelhaus						
	unbekannt						
	Baujahr						
<b>Lage des Arbeitsplatzes</b>							
	Großstadt/City						
	Außenbezirk Stadt						
	Wohngebiet						
	Industriegebiet/Gewerbegebiet						
	Mischgebiet						
	Kleinstadt						

Waren/sind sie besonderen chemischen, physikalischen oder anderen Reizen ausgesetzt? (Intensität 1-6 / 1=wenig, 6= stark)			in welchem Zusammenhang?	
	ja	nein	privat	berufl.
Hitze				
Kälte/Klimaanlage				
Feuchtigkeit /Schimmelbildung				
Bildschirmgeräte				
Lärm, z.B. PC, Drucker				
nervliche Belastung				
Kunstlicht				
Dauerbeleuchtung				
Kopierer / Laserdrucker / Tintendrucker				
Lösungs-/Reinigungsmittel/Klebstoffe .				
Geruchsbelästigung				
Friseurpräparate /Haarbehandlungsmittel				
Kosmetika				
chemische Kleiderreinigung				
Leder (Möbel, Kleider,etc.)				
Metalle (Nickel etc.).				
Insektizide, Pestizide, Herbizide (Unkraut-Mittel, Ungeziefer-Mittel)				
Kammerjägereinsatz in der Wohnung oder am Arbeitsplatz .				
Radioaktive Substanzen oder Strahlen				
Vermuten Sie, dass Schadstoffe oder Umwelteinflüsse Ihrer Beschwerden verursachen?.				
wenn ja welche				
<b>D – BESONDERHEITEN - ARBEITSPLATZ</b>			<b>jetzt</b>	<b>früher</b>
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)				
<b>Computer/Kopiergeräte/WLAN/Telefon</b>				
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 <b>Kammerjäger</b> eingesetzt?				
wann zuletzt				

<b>Besonderheiten – Arbeitsplatz (Fortsetzung von Seite 12)</b>	<b>jetzt</b>	<b>früher</b>
Setzen Sie <b>selbst Pestizide</b> 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):		

## ERNÄHRUNG

<b>Ich esse/trinke uneingeschränkt</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
alles		
vegetarisch:		
lacto-vegetabil		
ovo-lacto-vegetabil		
vegan		
andere Ernährungsform		
Ernähren Sie sich aus <b>kontrolliert biologischer</b> Kost?		
<b>Festgestellte Grunderkrankungen im Zusammenhang mit der Ernährung</b>		
Laktoseintoleranz		
Fruktosemalabsorption		
gesicherte Nahrungsmittelallergien		
Gluten-Unverträglichkeit		
Zöliakie		
Blutzuckererkrankung		
Gicht		
Histaminose		
andere gesicherte Stoffwechselerkrankung		
Machen Sie zur Zeit auf Anraten Ihres Arztes oder aus persönlichen Gründen eine <b>spezielle Kur?</b> , wenn ja welche		
Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel nicht? , wenn ja, welche		

## ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Bitte geben Sie in den folgenden Abschnitten Ihren <b>durchschnittlichen wöchentlichen</b> Verzehr an, <b>bezogen auf die vergangenen 12 Monate.</b>	essen/trinke ich nicht	einmal pro Woche	2-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich 1 mal	täglich 2-3 x	täglich 4 x mal	täglich mehr als 4 x mal
Fleisch (Schwein, Rind, Lamm, Geflügel, Wild)								
Eier								
Muscheln, Schalen- oder Krustentiere								
Brot, Brötchen (1Scheibe oder 1 Stück)								
Weißbrot								
Roggen- oder Dinkelbrot								
Wurst, Schinken (Scheibe)								
Butter								
Margarine								
Schmalz, andere tierische Fette								
Gemüse (gekocht oder roh)								
Salat								
frisches Obst/Früchte								

Bitte geben Sie in den folgenden Abschnitten Ihren durchschnittlichen wöchentlichen Verzehr an, bezogen auf die vergangenen 12 Monate.	täglich mehr als 4 x mal	täglich 2-3 x	täglich 1 mal	4-6 mal pro Woche	2-3 mal pro Woche	einmal pro Woche	essen/trinke ich nicht
Schokolade, Konfekt							
Kuchen, Gebäck							
Fertig- oder Dosengerichte							
Fastfood							
Restaurant-Essen							
Salatzubereitung mit Öl, welches							
Essig							
Mayonnaise							
fertige Dressing							
Getreide, Teigwaren, Kartoffeln u. a. stärkehaltige Nahrungsmittel							
Haferflocken, Müsli, Cornflakes usw.							
Nudeln und andere Teigwaren							
Kartoffeln							
Reis							
Milchprodukte							
Milch							
Kakao							
Joghurt/Kefir							
Hartkäse							
Weichkäse							
Quark, Hütten-, Frischkäse							
Sahne, Creme fraiche							
Sojamilch							
Obst und Früchte (Stück oder Portion)							
Apfel							
Banane							
Orange, Mandarine, Grapefruit, Zitrone							
Stein- oder Kernobst							
Weintrauben							
Erdbeeren							
andere Beeren							
Ananas, Mango, Kiwi, Melone, andere Südfrüchte							
Nüsse							
Getränke (Glas/Tasse)							
Kaffee							
Tee							
Fruchtsaft							
Limonade							
Coca-Cola o.ä.							
Bier							
Wein, Sekt							
andere alkoholhaltigen Getränke							
Wünsche noch Informationen zu folgenden Punkten							
Für wissenschaftliche Zwecke würden wir gerne Ihre <b>anonymisierten Daten auswerten</b> . Dazu benötigen wir <b>Ihr Einverständnis</b>							
Ich bin damit einverstanden							Unterschrift
Datum:							