



Umweltmedizinischer Fragebogen

Eine Initiative der EUROPAEM
in Kooperation mit dem Qualitätszirkel des
Fortbildungskurses Umweltmedizin
Juli 2012 – Februar 2013

Patient:

geb.:

Dr. med. Adrian M. Stoenescu

Adolf-Vorwerk-Str. 107

42287 Wuppertal

Tel.: (+49) 0202 / 260 360 10

www.ursachenmedizin.com

ALLGEMEINE ANGABEN

Nationalität (auch frühere)		
Größe und Gewicht		
Wie groß sind Sie? (cm)		
Wie viel wiegen Sie zurzeit? (kg)		
Gewichtsänderung in den letzten 10 Jahren	ja	nein
Zunahme? (kg)		
Abnahme? (kg)		
Haben Sie jemals geraucht ?		
Wenn ja, von wann bis wann?		
Rauchen Sie derzeit?		
Wenn ja, was und wie viel?		
Stört es Sie sehr, 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)		
Zeckenbiss (Borreliose)		
Pfeiffersches Drüsenfieber		
Leberentzündung (ansteckende Hepatitis)		
Tuberkulose		
Geschlechtskrankheit		
Reisekrankheiten		
Infektionskrankheiten		
Sonstige Erkrankungen, welche		
Herz-/Kreislauf-Erkrankungen/Krankheiten des Nervensystems/der Sinnesorgane/ der Gefäße		
Hoher oder niedriger Blutdruck		
Herzerkrankungen		

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

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung? (Fortsetzung von Seite 2)								ja	nein					
Gebiss (3. Zähne)														
Zahnsperre früher														
Ausleitungen , wenn ja, womit														
Wurde bei einem operativen Eingriff Fremdmaterial eingebracht? (Schraube, Schiene, Klammer, usw.)														
Allergie (falls Allergieausweis vorhanden, bitte in Kopie beilegen)														
Leiden Sie an allergischen Reaktionen?														
Wenn ja, welche?														
B - FAMILIENANAMNESE								Mutter	Vater	Ge- schwister	Groß- mutter mütterlich	Groß- vater mütterlich	Groß- mutter väterlich	Groß- vater väterlich
Erkrankungen in der Familie: Kommen folgende Erkrankungen in Ihrer Familie vor? Wenn ja, bei welchen Familienangehörigen? Bitte entsprechen ankreuzen.														
Erbkrankheiten														
Suchtkrankheiten														
Darmerkrankungen														
Tuberkulose														
Schilddrüsenerkrankung														
Zuckererkrankungen														
Nierenerkrankung														
Lebererkrankungen														
Krebs														
Psychische Erkrankung														
Neigung zu Übergewicht														
Herz/Gefäßkrankungen														
Osteoporose														
Allergien														
Krampfanfälle														
Asthma														
Schlaganfall														
sonstige Erkrankungen														
Wenn ja, welche														
C - ALLGEMEINE BEFINDLICHKEIT														
Wie fühlen Sie sich insgesamt (Allgemeinbefinden)										sehr gut	gut	mäßig	schlecht	sehr schlecht
Haben Sie folgende Beschwerden?										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														
Gewichtszunahme														
Gewichtsabnahme														
Wassereinlagerungen														
Libidoverlust/Potenzstörungen														
Infektanfälligkeit														

Haben Sie folgende Beschwerden (Fortsetzung von Seite 3)	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
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 / 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)					
trockenen 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					
Beschwerden an Nerven und Sinnesorganen					
Lähmungserscheinungen					
Taubheitsgefühl von Gliedmaßen					
Kribbeln, „Ameisenlaufen“, Brennen					
Kopfschmerzen, Migräne					
Augenjuckreiz					
Augentränen					
trockenen Augen					
Sehstörungen					
Augenrötung oder Augenbrennen					
Berührungsempfindlichkeit verstärkt					
Temperaturempfindlichkeit verstärkt					
Temperaturempfindlichkeit vermindert					
Gleichgewichtsstörungen					
Tinnitus, Ohrgeräusche,-sausen					
Ohrenscherzen, -druck					
Veränderung des Riechempfindens					
Geschmacksstörungen					
andere Beschwerden von Seiten des Nervensystems					
welche?					
Haut					
trockene Haut					

Haben Sie folgende Beschwerden (Fortsetzung von Seite 4)	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
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					
Beschwerden des Verdauungstraktes					
Mundwinkleinrisse					
trockener Mund					
Mundgeruch					
Zahnfleischveränderungen					
Vermehrter Speichelfluss					
Zungenbrennen					
Schluckbeschwerden					
Vermehrtes Durstgefühl					
Aufstoßen, Sodbrennen					
Unverträglichkeit fetter 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 seelischen Belastungen 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 seelischen Belastungen ausgesetzt? (Fortsetzung von Seite 5)				ja	nein
anderen Todesfällen					
Problemen im Beruf					
Arbeitslosigkeit					
Mobbing					
sonstige seelische Belastungen - welche?					
Verändern sich Ihre Beschwerden in einer bestimmten Umgebung oder in besonderen Räumen?				ja	nein
wenn ja – regelmäßig?					

Bestand früher eine Abhängigkeit Ihrer Beschwerden		
bei definiertem Schadstoffkontakten		
bei anderen Umwelteinflüssen		
in einer bestimmten Umgebung		
auf Reisen/Urlaub außer Haus		
Verändern sich die Symptome nach der Rückkehr aus Abwesenheit (z. B. Urlaub/Wochenende)?		

Angaben zu Hobby und Sport

Hobbies

- 1.
- 2.
- 3.

Sport.

- 1.
- 2.
- 3.

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nahmen/nehmen Sie über einen längeren Zeitraum - mindestens vier Wochen ein? (Bitte Kopie Ihres Einnahmeplanes beilegen)

Name/Art	wegen	wie viel/wann

D - FRAUEN (nur von Frauen auszufüllen!)

Zyklus-Vorgeschichte	ja	nein
Unregelmäßigkeiten letzte Periode am:		
Verhütungsmethoden		
Antibabypille		
Intrauterinspirale		
Diaphragma		
Kondom		
Chemische Mittel		
Eileiterunterbindung		
Gynäkologische Erkrankungen		
wenn ja, welche		
Schwangerschaften/Fehlgeburten		
Hatten Sie bereits eine Schwangerschaft		
Wenn ja wie viele?		
Hatten Sie einmal eine Fehlgeburt?		
wenn ja wie viele?		
Besteht unerfüllter Kinderwunsch falls ja, bitte in der Praxis nachfragen, ob spezieller Fragebogen vorhanden		
Operationen	ja	nein
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		
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		

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						
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 J kennzeichnen)		
Frühere Wohnung (bitte in Folge mit F1 W kennzeichnen)		
Frühere Wohnung (bitte in Folge mit F2 W kennzeichnen)		
Zweitwohnung (bitte mit ZW kennzeichnen)		

C - GEBÄUDEWEISE

jetzt
JW und/oder ZW

früher
(F1W und/oder F2W)

Gasbeton		
Beton		
Ziegel		
Holz		
Fachwerkhäuser		
Ziegelhäuser		
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?)							
Küchenherd							
Gas							
Kohle/Brikett/Koks							
Mikrowelle (Kochen und Aufwärmen)							
Induktionsherd							
Wurden in Ihrer Wohnung Kammerjägerinsätze durchgeführt?							
wenn ja, wann zuletzt?							
Setzen Sie selbst Pestizide (Insektensprays, - pulver, Nexalotte o.ä) ein?							
wenn ja, wann zuletzt?							
Pflanzensterben?							
Wann wurde Ihre Wohnung zuletzt renoviert? Jahr:							
Haben oder hatten Sie in den letzten 10 Jahren Haustiere?				ja	nein		
welche	Anzahl	von	bis				
E - ZIMMER				Schlafzimmer	Wohnzimmer	Küche	andere
Alle Fragen beziehen sich auf die <u>jetzige</u> Wohnung							
Größe in qm							
Aufenthaltsdauer pro Tag (Stundenangabe)							
freie Balken/Holzflächen (qm-Angabe)							
davon mit Holzschutzmittel behandelt?							
nichts							
wenig							
viel/alles							
unbekannt							
wann behandelt (Jahresangabe)							
womit behandelt (Name des Mittels angeben)							
Lack							
Lasur							
Bienenwachs							
unbekannt							

Wand-/Deckenverkleidung aus Kunststoff?					
keine					
wenig (z.B. Balken)					
mittel (z.B. Decke/Wände)					
viel (Decken und Wände)					
Fußboden-Untergrund					
Estrich					
Spanplatten					
Dielen					
Fußboden					
Laminat					
Dielen					
Kork					
Parkett					
Kunststoff, z. B. PVC					
Linoleum					
Stein /Fliesen					
Teppichboden/Teppiche					
falls ja, welches Material					
Wollteppich					
Kunstteppich					
Möbel					
Kunststoff/Spanplattenmöbel					
keine					
wenig (z. B. Kleinmöbel)					
Zimmer-Einrichtung – (Fortsetzung von Seite 9)		Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Küche	anderes
viel (fast alles)					
Ledermöbel					
keine					
wenig (z.B. Kleinmöbel)					
viele					
antike Möbel					
keine					
womit behandelt (Name des Mittels angeben)					
Lasur					
Lack					
Bienenwachs					
Holz wurmmittel					
Heißluft					
Alter der Holzmöbel					
neu (bis 6 Monate)					
mittel (bis 5 Jahre)					
alt (älter als 5 Jahre)					
wenn behandelt, womit (Firma/Produkt) ?					
Lack					
Lasur					
Bienenwachs					
Öl					
BERUF / ARBEITSPLATZ / AUSBILDUNG					
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				
Sonstige Beschäftigungen / Nebentätigkeiten		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					
Beschreibung des Arbeitsplatzes:			jetzt	früher					
Wochenarbeitszeit (Stundenangabe)									
Art der Tätigkeit									
körperlich									
geistig									
sowohl als auch									
Arbeitsort:									
im Freien									
Innenraum									
sowohl als auch									
Arbeitsweise									
selbstbestimmt									
Hilfskraft									
Fließband-, Akkordarbeit									
Gruppenarbeit									
Mehrplatzarbeit									
A - SCHUTZMITTEL			jetzt /ja	jetzt /nein	früher /ja	früher /nein			
Maske/Schutzbrille									
Handschuhe									
Schuhwerk									
Kopfschutz									
Gehörschutz									
Schutzkleidung									
Absaug-/Abzugsanlage vorhanden									
Lüftungsanlage vorhanden									
sonstige, falls ja – welche?									
B – ARBEITSPLATZ-UMGEBUNG				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									
Mülldeponie									
Gewässer									
Weinberge									
Müllverbrennungsanlage									
Chemische Reinigung									
stark befahrene Straße oder Autobahn									
Landwirtschaft									
Handwerksbetriebe									
Flugplatz / Fluglärm									
Heizkraftwerk									
Lärmbelästigung									
Hochspannungsleitung									
Starkstromkabel/Transformator/Überlandleitungen									

Fortsetzung von Seite 10							1	2	3	1	2	3
Geben Sie bitte bei den nun folgenden Fragen die ungefähre Entfernung an												
1 = direkte Nachbarschaft							2= bis 500 m			3= > 500 m – 1000 m		
Sender/Radaranlagen												
Eisenbahn												
Atomkraftwerk												
C - GEBÄUDE												
Gasbeton												
Beton												
Ziegel												
Holz												
Fachwerkhaus												
Ziegelhaus												
unbekannt												
Baujahr												
Lage des Arbeitsplatzes												
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												
D – BESONDERHEITEN - ARBEITSPLATZ										jetzt	früher	
freie Balken/Holzflächen in qm												
davon mit Holzschutzmittel behandelt?												
nichts												
wenig												
viel/alles												
unbekannt												
Wand-/Deckenverkleidung aus Kunststoff?												

Fortsetzung von Seite 11 – Besonderheiten am Arbeitsplatz		jetzt	früher
Fußboden			
Laminat			
Dielen			
Kork			
Parkett			
Kunststoff, z. B. PVC			
Linoleum			
Stein /Fliesen			
Teppichboden			
Teppich			
Möbel			
Kunststoff-/Spanplattenmöbel			
keine			
wenig (z. B. Kleinmöbel)			
viel (fast alles)			
Computer/Kopiergeräte/WLAN/Telefon			
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 Kammerjäger eingesetzt?			
wann zuletzt			
Besonderheiten – Arbeitsplatz (Fortsetzung von Seite 12)		jetzt	früher
Setzen Sie selbst Pestizide 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

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

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

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	esse/trinke ich nicht		
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									
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	
		Unterschrift
	Datum:	