



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
Gefäßkrankungen		
Schlaganfall		
Rheuma		
Nerven- und Gemütskrankungen		
Wenn ja, welche?		
Krampfanfälle (Epilepsie)		
Augenkrankheiten, welche		
Gefäßkrankungen, 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		

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung? (Fortsetzung von Seite 2)								ja	nein	
Brücken										
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										

Haben Sie folgende Beschwerden (Fortsetzung von Seite 3)	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
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 / bei Anstrengungen					
Asthma-Anfälle					
Nasenneben-/Stirnhöhlenbeschwerden					
Nasenbluten					
Kloßgefühl im Hals					
Brennen im Hals- und Rachenraum (außer bei Erkältung oder Allergien)					
Verstopfte Nase, Augentränen usw. (Heuschnupfenartige 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					
Ohrenschmerzen, -druck					
Veränderung des Riechempfindens					
Geschmacksstörungen					
andere Beschwerden von Seiten des Nervensystems welche?					

Haben Sie folgende Beschwerden (Fortsetzung von Seite 4)	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
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					
Beschwerden des Verdauungstraktes					
Mundwinkeleinrisse					
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 - MÄNNER (nur von Männern auszufüllen!)

Operationen/Erkrankungen im Bauchbereich **ja** **nein**

Hatten Sie eine Darmoperation?

Wenn ja, wann?

Andere Operationen

Urologische Erkrankungen

Welche, wann

Prostata-Erkrankung

Hatten Sie entzündliche Erkrankungen im Genitalbereich

Wenn ja, welche

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				
Fachwerkhaus				
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 8)	Schlafzimmer	Wohnzimmer	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	2	3	1	2	3
1 = direkte Nachbarschaft		2= bis 500 m			3= > 500 m – 1000 m					
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										
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										

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 .	ich nicht	esse/trinke	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
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									

Fortsetzung von Seite 12 Bitte geben Sie in den folgenden Abschnitten Ihren durchschnittlichen wöchentlichen Verzehr an, bezogen auf die vergangenen 12 Monate .	esse/trinke ich nicht	einmal pro Woche	2-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich 1 mal	täglich 2-3 x	täglich mehr als 4 x mal
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							
Datum:	Unterschrift						