

Fragebogen zum möglichen Einfluß von Luftschadstoffen auf das Auftreten von Atemwegs- und sonstigen Erkrankungen sowie allergischen Reaktionen bei Schul- und Kindergartenkindern in Gütersloh

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

1. Wie alt ist Ihr Kind? _____ Jahre _____ Monate

2. Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? _____ Gramm

3. Ist Ihr Kind ein Mädchen? oder ein Junge?

4. Welche Schule, welchen Kindergarten besucht Ihr Kind? _____

5. Welche der folgenden Krankheiten hat Ihr Arzt jemals bei Ihrem Kind festgestellt?
 - Herzleiden
 - Bronchitis
 - Bronchialasthma
 - Pseudokrapp
 - Keuchhusten

 - Heuschnupfen
 - Nasennebenhöhlenentzündung

 - Ekzem
 - Milchschorf
 - Neurodermitis

 - sonstige Krankheiten welche? _____

 - Allergien welche? _____
(z. B. - Nahrungsmittel
- Hausstaub
- andere)

 - keine Krankheit

6. Hatte Ihr Kind im 1. Lebensjahr eine Lungenentzündung? ja nein

7. Wie oft war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten erkältet? ca. _____ mal gar nicht

8. Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten eine fieberhafte Erkältungskrankheit? ca. _____ mal gar nicht

9. **Wie oft erkrankte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten an einer eitrigen Mandelentzündung?** ca. ____ mal gar nicht

10. **Welche Beschwerden hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?**

- häufig gerötete oder juckende Augen (nicht durch Schwimmbadwasser)
- häufig laufende, verstopfte oder juckende Nase (ohne erkältet zu sein)
- Husten beim Aufstehen oder sonst im Laufe des Tages (ohne erkältet zu sein)
- Niesanfälle
- Reizhusten
- Asthma-Anfälle
- Nesselfieber
- Schwellungen, z.B. der Augen, Lippe, Zunge
- häufiges Erbrechen oder Durchfall
- keine der genannten Beschwerden

11. **Zeigt Ihr Kind eine starke Reaktion auf Insektenstiche?** ja nein

12. **Würden Sie sagen, Ihr Kind ist anfällig gegenüber Erkältungskrankheiten?** ja nein

13. **Kommt Ihr Kind beim Spielen, Laufen oder Treppensteigen eher bzw. stärker außer Atem als andere gleichaltrige Kinder?** ja nein

14. **Schläft Ihr Kind häufig mit offenem Mund?** ja nein

15. **Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?** ja nein

Wenn ja, welche und seit wann? (Bitte geben Sie den Namen des Medikamentes an)

1. _____ seit _____

2. _____ seit _____

3. _____ seit _____

4. _____ seit _____

16. Besteht/Bestand eine Allergie bei dem Vater des Kindes? ja nein
bei der Mutter des Kindes? ja nein
bei Geschwister/n des Kindes? ja nein
17. Besteht/Bestand eine Neigung zu Erkältungskrankheiten bei dem Vater des Kindes? ja nein
bei der Mutter des Kindes? ja nein
bei Geschwister/n des Kindes? ja nein
18. Hat die Mutter des Kindes während der Schwangerschaft geraucht? ja nein
19. Wieviel wird in der Wohnung durchschnittlich pro Tag geraucht? _____ Zigaretten
_____ Zigarren
_____ Pfeifen
20. Wurde in der Wohnung geraucht, in der sich Ihr Kind während der ersten drei Lebensjahre überwiegend aufhielt? ja nein
21. Ist das Kind täglich Gemüse? ja nein
- 21.1 Ist das Kind überwiegend Gemüse aus Ihrem/ aus einem anderen privaten Garten? ja nein
22. Ist Ihr Kind regelmäßig Fisch? ja nein
Wenn ja, wie oft? _____
23. Welche Ausbildung haben die Eltern des Kindes? Mutter Vater
Volksschule/Hauptschule
Lehre/Berufs-/Mittelschule
Handels-/Fach-/höhere Schule
Fachhochschule/Universität
24. Welcher Nationalität sind die Eltern? Vater _____ Mutter _____
25. Welchen Beruf üben die Eltern aus? Vater _____ Mutter _____
26. Ist der Vater/die Mutter des Kindes Hobbyhandwerker/in (z.B. Arbeiten mit Metallen, Farben, Lacken, Klebern, Holzschutzmitteln in der Wohnung)? ja nein

27. Wohnt Ihr Kind unter seiner jetzigen Anschrift länger als 2 Jahre? ja nein
 Wenn nein,
- lag seine vorige Wohnung weiter als eine ½ Stunde Fußweg von der jetzigen entfernt? ja nein
 - lag die vorige Wohnung des Kindes in einem Industriegebiet? ja nein
 - einem städtischen Ballungsgebiet? ja nein
 - einer Mittel-/Kleinstadt? ja nein
 - einem Dorf? ja nein
28. Wie lange hält sich das Kind werktags unter seiner Wohnadresse auf? _____ Stunden
29. Etwa wie lange ist Ihr Kind auch zu Fuß oder mit dem Rad im Straßenverkehr Autoabgasen ausgesetzt?
- Weniger als 1 Stunde täglich?
 - Mehr als 1 Stunde täglich?
30. Wann etwa wurde das Haus gebaut, in dem das Kind wohnt? _____ Baujahr
31. Bestehen die Wasserleitungen des Wohnhauses aus Bleirohren? ja nein
 Nicht bekannt
32. Wie viele Räume hat Ihre Wohnung (Bad/Toilette nicht mitgerechnet, Küche nur dann mitgerechnet, wenn sie als Wohnküche genutzt wird)? _____ Räume
33. Wie groß ist Ihre Wohnung? _____ qm
34. Wie viele Personen leben in Ihrer Wohnung? _____ Personen
35. Wie viele Personen schlafen mit dem Kind zusammen in einem Raum (dieses Kind nicht mitgezählt)? _____ Personen
- 35.1 Liegt das Kinderzimmer
- der Straße zugewandt?
 - dem Garten bzw. Hof zugewandt?
36. Enthält das Schlafzimmer des Kindes
- Teppichboden? ja nein
 - Teppich? ja nein

- Tierfelle? ja nein
- Federbett? ja nein
- Roßhaar-/Federkernmatratze? ja nein
- Möbel aus Spanplatten? ja nein
- Holzvertäfelung? ja nein
- imprägnierte Deckenbalken? ja nein

37. Hat Ihr Kind häufig/regelmäßig Kontakt mit folgenden Tieren:

- Hund? ja seit _____ nein
- Katze? ja seit _____ nein
- Taube? ja seit _____ nein
- Meerschweinchen? ja seit _____ nein
- Hamster? ja seit _____ nein
- Ziervogel? ja seit _____ nein
- Pferd? ja seit _____ nein
- Kaninchen? ja seit _____ nein
- Fisch/Wasserschildkröte? ja seit _____ nein

37.1 Mit welchen sonstigen Tieren hat es Kontakt?

38. Wie wird Ihre jetzige Wohnung überwiegend beheizt?

- Durch Fernheizung
- Zentralheizung
- Etagen-/Einzelraumheizung

38.1 Falls Sie keiner Fernheizung angeschlossen sind:
Womit heizen Sie überwiegend?

- Koks/Kohle/Briketts
- Gas
- Öl
- Strom
- Sonstigem _____

39. Benutzen Sie in Ihrer Wohnung
- Propangas? ja nein
- Stadtgas? ja nein

Wenn ja:

- zum Kochen? ja nein
- zum Warmwasserbereiten
(mittels Boiler/Durchlauferhitzer)? ja nein

- Wenn ja, gibt es einen besonderen Abzug
- für den Kochherd? ja nein
 - für den Warmwasserbereiter? ja nein
40. Würden Sie Ihre Wohnung als feucht bezeichnen? ja nein
41. Wurde Ihre Wohnung in den letzten 12 Monaten aus- oder umgebaut? ja nein
- 41.1 Wurden in Ihrer Wohnung neue Fenster eingebaut? ja nein
- wenn ja, wann? _____ Jahr
- 41.2 Wurde in den letzten 12 Monaten Auslegeware in Ihrer Wohnung verlegt? ja nein
- 41.3 Sind in Ihrer Wohnung in den letzten 12 Monaten Anstreich-/Lackierarbeiten durchgeführt worden? ja nein
42. Wie weit liegt Ihre Wohnung (Luftlinie) von einer verkehrsreichen Straße (Berufs-, Durchgangsverkehr, ...) entfernt?
- 0 - 10 m
 - 10 - 50 m
 - 50 - 500 m
 - mehr als 500 m
43. Wie heißt die Straße? _____
44. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?
- Vater
 - Mutter
 - andere
45. **Wichtig: Wir müssen wissen, wo ungefähr Sie wohnen. Bitte kreuzen Sie das durch rote Linien abgegrenzte Quadrat im farbigen Stadtplan-ausschnitt (Karte 1) an, in dem sich die Lage Ihrer Wohnung befindet. Sollte Ihre Wohnung außerhalb dieses Kartenausschnitts liegen, bitte ich Sie, die Lage Ihrer Wohnung auf der Rückseite (Karte 2) ungefähr zu kennzeichnen.**