

Wohngifte

Der vorliegende Fragebogen soll Ihnen helfen, Ihre Probleme zu umschreiben. Er soll auch bei allfälligen weiteren Abklärungen ein gezieltes Vorgehen ermöglichen.

FragestellerIn:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	

1. Grund der Anfrage

1.1 Um welche Art von Belästigungen oder Beschwerden handelt es sich?

- Geruchsbelästigung, folgende:
- Gesundheitliche Beschwerden wie
 - Augenreizungen
 - Schnupfen
 - Reizhusten
 - Nesselfieber
 - Allg. Unwohlsein
 - Kopfschmerzen
 - Atemwegsreizungen
 - Niesanfalle
 - Bronchitis/Asthma
 - Ekzeme
 - Müdigkeit
 - Übelkeit
- Sonstige Symptome:
- Sie haben keine Beeinträchtigungen, befürchten jedoch durch die Anwendung eines problematischen Stoffes in Ihrer Wohnung einen möglichen Schaden zu erleiden.
Art und Anwendung dieses Stoffes:

1.2 Betroffene Personen mit Beschwerden

Name/Vorname	Alter	berufliche Tätigkeit

1.3 Mitbewohner/innen ohne Beschwerden:

1.4 Wann treten die Probleme auf?

- chronisch
- gelegentlich (akut)
- regelmässig, wie oft und wann?
- unregelmässig, wie oft und wann?
- eher tagsüber
- eher nachts
- jahreszeitabhängig, welche?

1.5 Wurde wegen den gesundheitlichen Beschwerden ein Arzt aufgesucht?

nein ja Diagnose:

Name und Adresse Arzt:

.....

Liegt ein Arztzeugnis vor? nein ja (Kopie beilegen)

1.6 Sind die betroffenen Personen Allergiker/innen?

nein ja, auf folgende Stoffe:

1.7 Klagen Besucher/innen ebenfalls über Belästigungen oder Symptome?

nein ja

2. Suche nach der Problemursache

2.1 Seit wann treten die Probleme auf?

seit dem Einzug in die Wohnung, Zeitpunkt:

seit einer Renovation, Zeitpunkt:

Beschrieb der Renovation:

seit dem Kauf neuer Möbel, Zeitpunkt:

seit anderen Veränderungen, welchen?

2.2 Stellen Sie in mehreren Räumen Ihrer Wohnung eine Belästigung fest?

nein, nur in folgendem Raum:

ja, versuchen Sie die Räume nach Stärke der Belästigung zu ordnen:

starke Belästigung:

schwache Belästigung:

keine Belästigung:

2.3 Ist eine Minderung der Beschwerden beim Aufenthalt ausserhalb der Wohnung (z.B. während der Ferien) feststellbar?

nein ja

2.4 Haben Sie eine Vermutung über die Quelle der Probleme?

nein ja, folgende:

Legen Sie möglichst viele Informationen über verwendete Produkte bei (z.B. Rechnungen, Infoblätter, Etiketten, usw.).

2.5 Wird in den betreffenden Räumen geraucht?

- nein ja, Anzahl Tabakwaren pro Tag:

2.6 Werden in der Wohnung chemische Erzeugnisse für Hobbys verarbeitet?

- nein ja, folgende:

2.7 Verwenden Sie einen Luftbefeuchter?

- nein ja Verdampfer
 Verdunster Verdunster mit Filter
 passives System (z.B. Verdunster an Heizkörper)

- Wann betreiben Sie das Gerät? Frühling Sommer
 Herbst Winter

2.8 Verwenden Sie eine Klimaanlage?

- nein ja

2.9 Wie schätzen Sie das Wohnklima ein?

- trocken normal feucht weiss nicht

2.10 Treten an einer Wand Schimmelpilze auf?

- nein ja

2.11 Wie hoch ist die durchschnittliche Raumtemperatur?

- 17 – 19°C 20 – 22°C 23- 25°C höher als 25°C

2.12 Geben Teppiche, Vorhänge, etc. sichtbar Fasern ab oder stellen Sie entsprechende Staubniederschläge fest?

- nein ja

2.13 Verwenden Sie in Ihrer Wohnung Duftlampen mit Duftöl?

- nein ja

2.14 Haben Sie in Ihren Wohnräumen Pflanzen?

- nein ja Erdkulturen Hydrokulturen
 Blumensträusse Trockenblumen

2.15 Halten Sie in Ihren Wohnräumen Tiere?

- nein ja, folgende:

2.16 Wohnen Sie:

- in städtischer Umgebung
- in ländlicher Umgebung
- in Industrienähe
- in der Nähe einer stark befahrenen Strasse
- in der Nähe einer Bahnlinie
- in der Nähe eines Flugplatzes
- in der Nähe eines Gewässers
- in der Nähe einer Überland-Stromleitung
- in der Nähe einer Transformatoren-Station

2.17 Ihre Wohnung befindet sich:

- in einem Einfamilienhaus
- in einem Doppel- oder Reihenhaus
- in einem Mehrfamilienhaus
- in einem Haus mit integrierter Garage
- in einem Neubau
- in einem frisch renovierten Bau
- in einem älteren Bau

2.18 Sind Sie Mieter oder Eigentümer der Wohnung?

- Mieter Eigentümer

2.19 Sind Sie Erstbewohner der Wohnung nach einem Neubau oder einer Renovation?

- nein
 ja Einzug sofort nach Bauende Einzug __ Monate nach Bauende

2.20 Die Wohnung ist gegen Wärmeverlust:

- gut isoliert schlecht isoliert

2.21 Was für eine Heizung haben Sie?

- Zentralheizung über Radiatoren Bodenheizung
 mit Fernheizung Ölheizung
 Elektroheizung Gasheizung

2.22 Gibt es in Ihrer Wohnung eine offene Gasflamme?

Durchlauferhitzer, Gaskochherd, Bioethanol-Ofen, Cheminée

- nein ja, in folgenden Räumen:

Fragebogen

2.23 Bildmaterial (Fotos, Pläne, etc.) liegt bei?

Fotos Pläne

Ergänzende Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum:

Unterschrift:

Diesen Fragebogen können Sie uns per Email oder per Post zukommen lassen.

Dienststelle Lebensmittelkontrolle und Verbraucherschutz

Chemikaliensicherheit
Meyerstrasse 20
6002 Luzern

041 228 64 24
chemikalien@lu.ch

Für internen Gebrauch, bitte keine Bemerkungen anbringen.

Weiteres Vorgehen:

Befund:

Sanierungsvorschläge: