

MCS-PATIENTENFRAGEBOGEN

Bearbeitung nach **QEESI**[®] (Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory von C. Miller)

Im folgenden werden Fragen nach der Exposition/Belastung mit flüchtigen Chemikalien und anderen Schadstoffen gestellt. Bitte geben Sie das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch die jeweiligen Stoffe durch Ankreuzen einer Zahl von **1 – 10** je nach Schweregrad der Beeinträchtigung an:

- 10** steht für maximale gesundheitliche Beeinträchtigung.
- 0** bitte ankreuzen, wenn die Stoffe keine Belastung darstellen
- 5** steht für mäßige Beschwerden.

Bitte je Frage nur eine Ziffer ankreuzen!

Nachdem Sie den Bogen bearbeitet haben übertragen Sie bitte die Skala der Frage 3. Symptome auf den Qeesi-Symptom Stern. Für vor und nach der Exposition bitte verschiedene Farben benutzen.

1. Chemische Exposition

1. Diesel, KFZ-Abgase	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Zigarettenrauch	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Insektizide	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Benzin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Farbe oder Verdünner	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Reinigungsmittel: Desinfektionsmittel, Bleichmittel, Waschmittel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Parfüm, Eau de Toilette	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Teer, Asphalt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Nagellack, Lacklöser, Haarspray	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Neue Möbel, Teppiche, Plastikvorhänge, Autoinnenluft	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Gesamtscore Chemikalien (0 - 100): _____

11. Nennen Sie hier bitte weitere Chemikalien, die Ihnen Beschwerden verursachen und bewerten sie diese ebenfalls nach 0 - 10: _____

2. Andere Belastungen

Die folgenden Fragen richten sich auf verschiedene andere, mögliche Expositionen, die Ihnen Beschwerden der Schweregrade **0 – 10** verursachen bzw. in letzter Zeit verursacht haben könnten.

1. Leitungswasser (gechlort)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Nahrungsmittel wie Pizza, Milch, Süßigkeiten Fleisch, Zwiebeln, Fette, Gegrilltes, Knoblauch, andere Gewürze, Nahrungsmittelzusatzstoffe (Farbstoffe, Konservierungsmittel)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Heißhunger auf einzelne Speisen – wie Sucht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Beschwerden/Übelkeit nach dem Essen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Kaffee, Tee, Coladrinks, Schokolade, Softdrinks	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Beschwerden wenn <i>kein</i> Kaffee, Tee, Cola oder ähnliches getrunken werden kann.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Alkoholische Getränke in geringer Menge wie Bier, Wein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Schmuck, Kosmetika, Kleidung – oder andere Stoffe mit auf der Haut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Unverträglichkeiten/Allergien gegenüber Medikamenten wie Antibiotika, Schmerzmittel, Röntgenkontrastmittel, der Pille, Impfungen, Zahnersatzstoffen, Implantaten etc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. <i>Klassische</i> Allergien mit Heuschnupfen, Asthma, Ekzem oder Anaphylaxie gegenüber Gräsern, Bäumen, Pollen, Hausstaub, Tieren, Insektenstichen oder best. Nahrungsmitteln	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Gesamtscore (0 - 100): _____

11. Nennen Sie hier bitte weitere Stoffe, die Ihnen Beschwerden verursachen, und bewerten sie diese ebenfalls nach 0 - 10: -----

3. Symptome

Die folgenden Fragen betreffen Symptome, die häufig oder regelmäßig bei Ihnen auftreten. Bitte *alle* Fragen nach der Beschwerdeskala **0 – 10** beantworten:

1. Probleme mit Muskeln oder Gelenken: Steifheit morgens, Schmerzen, Schwäche, Krämpfe, Stiche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Brennende oder gerötete Augen, Atemprobleme wie Kurzatmigkeit, Husten, Schleim, häufige Erkältungen, Bronchitis etc	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Herzprobleme wie Rhythmusstörungen, Herzrasen, Stolpern, Schmerzen im linken Brustbereich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Probleme mit Magen/Verdauungstrakt/Darm wie Krämpfe, Blähungen, Durchfälle, Verstopfung, Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Probleme mit Konzentrationsfähigkeit, Erinnerungsvermögen, Kurzzeitgedächtnis, Entscheidungsschwäche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Psychische Probleme wie Nervosität, Anspannung, Reizbarkeit, Motivations-/Antriebschwäche, Depressionen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Probleme wie Gangunsicherheit, Taubheit/Pelzigkeit der Beine oder Arme, Sehstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Probleme mit dem Kopf wie Kopfschmerzen, Druckgefühl, Gesichtsschwellungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Hautprobleme wie Trockenheit, Rötungen, Juckreiz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Probleme im Urogenitabereich wie Nierenschmerzen, häufiges Wasserlassen, Harndrang – oder bei Frauen Regelstörungen wie unregelmäßige, fehlende Regel, schmerzhafte Regel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Gesamtscore (0 - 100): _____

11. Nennen Sie hier bitte weitere Probleme, und bewerten sie diese ebenfalls nach 0 - 10:

4. Umgebungsrisiken

Die folgenden Fragen betreffen aktuelle Expositionsfaktoren in Ihrem privaten und beruflichen Umfeld. Bitte jede Frage beantworten! **0** ankreuzen, wenn keine - **1** wenn eine Belastung derzeit vorliegt.

	Nein = 0	Ja = 1
1. Rauchen Sie ein- oder mehrmals/Woche ?		
2. Trinken ein oder mehrmals/Woche Alkohol ?	0	1
3. Trinken sie selten oder regelmäßig Kaffee, Tee oder Cola	0	1
4. Benutzen Sie regelmäßig Parfüm, Haarspray ?	0	1
5. Ist ihre Wohnung oder Ihr Arbeitsplatz in den letzten 12 Mo mit Insektiziden oder Pestiziden behandelt worden ?	0	1
6. Sind Sie zur Zeit in Beruf oder Hobby Chemikalien, Rauch oder Abgasen ausgesetzt ?	0	1
7. Raucht jemand in Ihrem privaten oder beruflichen Umfeld	0	1
8. Wird bei Ihnen ein Gasherd benutzt ?	0	1
9. Wird Ihre Kleidung regelmäßig mit Weichmacher behandelt oder chemisch gereinigt ?	0	1
10. Benutzen Sie regelmäßig eines der folgenden Mittel: Cortison/Prednison, Schmerzmittel, Antidepressiva oder andere Psychopharmaka, Schlafmittel oder Drogen?	0	1

Gesamtscore (0 - 10): _____

5. Einfluss auf Lebensumstände

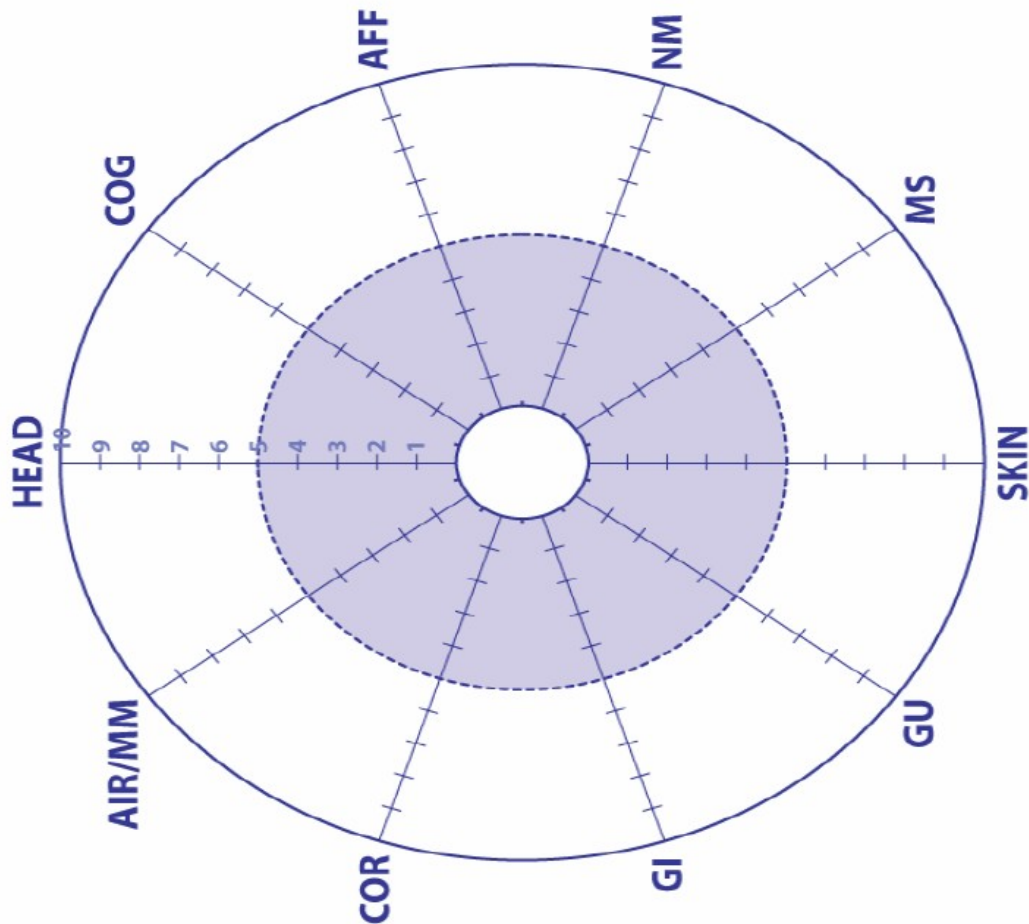
Wenn Sie gegenüber bestimmten Chemikalien oder Nahrungsmitteln sensibilisiert sind, bewerten Sie das Maß der Beschwerden bitte durch Ankreuzen der Skala **0 – 10**.

Wie stark beeinträchtigen Ihre Belastungen:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ihre Ernährung ?											
2. Ihre Arbeitsfähigkeit bzw. Ihre Ausbildung ?											
3. Die Einrichtung Ihrer Wohnung ?											
4. Ihre Kleidungsauswahl ?											
5. Ihre Reisefähigkeit oder Ihre Fahrtüchtigkeit mit dem Auto ?											
6. Die Wahl Ihrer persönlichen Pflegeprodukte: Parfüm etc. ?											
7. Ihre sozialen Aktivitäten, Freundeskreis, Ausgehen etc. ?											
8. Die Wahl Ihrer Hobbies und Freizeitaktivitäten ?											
9. Ihre familiären Beziehungen ?											
10. Ihre Fähigkeit, Haushalt, Wohnung und Garten in Ordnung zu halten ?											

Gesamtscore der Lebenseinschränkungen (0 - 100): _____

Kriterium	niedrig	mittel	hoch
Chemische Exposition	0 – 19	20 – 39	40 - 100
Andere Belastungen	„	„	„
Symptome	„	„	„
Umgebungsrisiken	0 – 3	4 – 5	6 - 10
Einfluss auf Lebensumstände	„	„	„



QEESI-Symptom-Stern der die schwere des Symptoms vor und nach der Exposition graphisch darstellt (d.h. Kontakt mit Pestiziden, Luftkontamination im Raum, Kontakt mit Chemikalien)

Für Vor und nach der Exposition bitte 2 Farben verwenden

bezieht sich auf Punkt 3.Symptome

HEAD	Symptome der Frage Nr. 8 beziehen sich auf den Kopf
COG	Symptome der Frage Nr. 4 beziehen sich auf die Verdauung
AFF	Symptome der Frage Nr. 6 beziehen sich auf psychischen Auswirkungen
NM	Symptome der Frage Nr. 7 beziehen sich auf neuro-muskuläre Auswirkungen
MS	Symptome der Frage Nr. 1 beziehen sich auf Muskeln und Gelenke
SKIN	Symptome der Frage Nr. 9 beziehen sich auf die Haut
GU	Symptome der Frage Nr.10 beziehen sich auf du Uro-Genitalbereich
GI	Symptome der Frage Nr. 4 beziehen sich auf den Gastro-Intestinaltrakt
COR	Symptome der Frage Nr. 3 beziehen sich auf das Herz
AIR/MM	Symptome der Frage Nr. 2 beziehen sich auf die Schleimhäute und den Respirationstrakt