

Anhang 1

Aufbau und Inhalte des Fragebogens

Im **Teil A** werden demographische Daten zu Ihrem Alter, Geschlecht und Familienstand erfasst. Markieren Sie Zutreffendes bitte mit einem **X**.

◆ Wie alt sind Sie?

	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Alter in Jahren	<input type="checkbox"/>					

◆ Sie sind männlich oder weiblich?

◆ Sie wohnen

- allein
- im Mehrpersonenhaushalt

◆ Haben Sie Kinder?

- JA, mehrere
- JA, eines
- NEIN, keine

◆ Wie stark sind Sie durch Ihre außerhäusliche Tätigkeit (Beruf, Studium, Schule etc.) Hausstaub ausgesetzt?

- gar nicht
- kaum
- mäßig
- stark
- sehr stark

◆ Sind Sie Hausstaubmilbenallergiker?

- JA, allergologisch nachgewiesen
- JA, nach eigenem Empfinden
- NEIN

In **Teil B** des Fragebogens werden Sie nach Ihren häuslichen Begebenheiten und Eigenschaften gefragt. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes mit **JA** an.

◆ In Ihrem Haus gibt es folgende Bodenbeläge:

	Gar nicht	1%-20%	21%-40%	41%-60%	61%-80%	81%-100%
Teppich (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
Laminat (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					

Parkett (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
PVC (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
Fliesen (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
Sonstige Materialien bitte beschreiben: _____ _____	<input type="checkbox"/>					

◆ In Ihrem Schlafzimmer haben Sie folgende Bodenbeläge:

	Gar nicht	1%-20%	21%-40	41%-60%	61%-80%	81%-100%
Teppich (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
Laminat (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
Parkett (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
PVC (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
Fliesen (% des gesamten Wohnungsbelags)	<input type="checkbox"/>					
Sonstige Materialien bitte beschreiben _____	<input type="checkbox"/>					

◆ In Ihrem Haushalt gibt es:

	Gar nicht	1%-20%	21%-40	41%-60%	61%-80%	81%-100%
Gardinen (% des Haushalts)	<input type="checkbox"/>					
Vorhänge aus Stoff (% des Haushalts)	<input type="checkbox"/>					

Innenrollos (% des Haushalts)	<input type="checkbox"/>					
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

◆ In Ihrem Schlafzimmer gibt es:

	Gar nicht	1%-20%	21%-40	41%-60%	61%-80%	81%-100%
Gardinen	<input type="checkbox"/>					
Vorhänge aus Stoff	<input type="checkbox"/>					
Innenrollos	<input type="checkbox"/>					

◆ In Ihrem Haushalt gibt es Polstermöbel:

	Gar nicht	1%-20%	21%-40	41%-60%	61%-80%	81%-100%
Polstermöbel (% des Sitz-/ Schlafmobiliars; Sofas etc.)	<input type="checkbox"/>					

◆ In Ihrem Schlafzimmer gibt es Polstermöbel:

	Gar nicht	1%-20%	21%-40	41%-60%	61%-80%	81%-100%
Polstermöbel (% des Sitz-/ Schlafmobiliars; Sofas etc.)	<input type="checkbox"/>					

◆ Sie besitzen folgende Haustiere:

	Gar nicht	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Mehr als 10
Hund	<input type="checkbox"/>						
Katze	<input type="checkbox"/>						
Maus	<input type="checkbox"/>						
Kaninchen	<input type="checkbox"/>						
Vögel	<input type="checkbox"/>						
Andere Tiere bitte näher beschreiben:	<input type="checkbox"/>						

◆ Das Tier bzw. die Tiere werden im Haus gehalten:

- gar nicht
- kaum

- mäßig
- häufig
- immer

◆ Das Tier bzw. die Tiere dürfen sich im Schlafzimmer aufhalten:

- gar nicht
- kaum
- mäßig
- häufig
- immer

◆ In Ihrem Haushalt gibt es Kuscheltiere:

	Gar nicht	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Mehr als 10
Kuscheltiere	<input type="checkbox"/>						

◆ In Ihrem Schlafzimmer gibt es Kuscheltiere:

	Gar nicht	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Mehr als 10
Kuscheltiere	<input type="checkbox"/>						

◆ In Ihrem Haushalt gibt es Zimmerpflanzen:

	Gar nicht	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Mehr als 10
Pflanzen	<input type="checkbox"/>						

◆ In Ihrem Schlafzimmer gibt es Zimmerpflanzen:

	Gar nicht	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Mehr als 10
Pflanzen	<input type="checkbox"/>						

◆ In Ihrem Haushalt gibt es Schimmel-/Feuchtigkeitsflecken:

- gar nicht
- kaum
- mäßig
- viel
- sehr viel

◆ In Ihrem Schlafzimmer gibt es Schimmel-/Feuchtigkeitsflecken:

- gar nicht
- kaum
- mäßig
- viel
- sehr viel

◆ In Ihrem Schlafzimmer ist die durchschnittliche Luftfeuchtigkeit:

- hoch (mehr als 75 %)
- mittel (zwischen 75 % und 55 %)
- niedrig (weniger als 55 %)

◆ Die durchschnittliche Temperatur beträgt:

	0° -5° C	6° -10° C	11° -15° C	16° -20° C	21° -25° C	26° -30° C
Innentemperatur Schlafzimmer	<input type="checkbox"/>					
Außentemperatur	<input type="checkbox"/>					

◆ Ihr Schlafmatratzenbezug besteht aus folgenden Materialien:

	Gar nicht	1%-20%	21%- 40%	41%- 60%	61%- 80%	81%- 100%
Baumwolle (% des Bezugs)	<input type="checkbox"/>					
Synthetikfasern (% des Bezugs)	<input type="checkbox"/>					
Andere Materialien bitte beschreiben: _____ _____	<input type="checkbox"/>					

◆ Ihre Bettdecke und Ihr Kopfkissen bestehen aus folgenden Materialien:

	Gar nicht	1%-20%	21%- 40%	41%- 60%	61%- 80%	81%- 100%
Baumwolle (% des Bettzeugs)	<input type="checkbox"/>					
Synthetikfasern (% des Bettzeugs)	<input type="checkbox"/>					
Wolle (% des Bettzeugs)	<input type="checkbox"/>					
Andere Materialien bitte beschreiben: _____ _____	<input type="checkbox"/>					

◆ Haben Sie allergendichte Bettwäsche? JA NEIN

◆ Haben Sie einen allergendichten Matratzenüberzug (Encasing)? JA NEIN

In **Teil C** des Fragebogens werden Sie nach Ihren häuslichen Hygiene- und Reinigungsmaßnahmen befragt. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes mit **JA** an.

◆ Die Durchführung der Reinigungsmaßnahmen in Ihrem Haushalt geschieht durch:

	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Häufig	Immer
Sie selbst	<input type="checkbox"/>				
Andere	<input type="checkbox"/>				

◆ In Ihrem Haushalt gibt es folgende Reinigungsmaßnahmen:

	Weniger als 1x pro Woche	1-2x pro Woche	3-5x pro Woche	6-7x pro Woche
Fegen und kehren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staubsaugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boden wischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberflächen mit Staubwedel entstäuben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberflächen trocken wischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberflächen feucht wischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gardinen bzw. Vorhänge waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Sie lüften Ihr Schlafzimmer:

	Weniger als 1x am Tag	Täglich ein paar Minuten	Täglich ein paar Stunden	Dauerlüften
Lüften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Sie wechseln Ihre Bettwäsche:

	Weniger als alle 4 Wochen	Alle 3-4 Wochen	Alle 1-2 Wochen	Einmal pro Woche	2-3x pro Woche	Mehr als 3x pro Woche
Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Bei wieviel Grad waschen Sie Bettwäsche?

	0° C-20° C	21° C-40° C	41° C-60° C	61° C-80° C	81° C-100° C
Waschvorgang Bettwäsche	<input type="checkbox"/>				

◆ Sie waschen Ihre Bettdecke und Ihr Kopfkissen:

	Weniger als alle 4 Wochen	Alle 3-4 Wochen	Alle 2-3 Wochen	Alle 1-2 Wochen	Mindestens 1x pro Woche
Bettdecke und Kopfkissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Bei wieviel Grad waschen Sie Ihre Bettdecke und Ihr Kopfkissen?

	0° C-20° C	21° C-40° C	41° C-60° C	61° C-80° C	81° C-100° C
Waschvorgang Bettzeug	<input type="checkbox"/>				

◆ Sie lüften Ihre Matratze aus:

- gar nicht
- selten
- mäßig
- häufig
- bei Temperaturen unter 0° C

◆ Führen Sie spezielle Maßnahmen gegen Hausmilben durch?

	Gar nicht	Mäßig	Kaum	Häufig	Sehr häufig
Chemisch (spezielle Putz-, Reinigungs-, Waschmittel)	<input type="checkbox"/>				
Physikalisch (Matratze bei Temperaturen unter 0° C lüften)	<input type="checkbox"/>				
Andere Maßnahmen bitte erläutern: _____ _____	<input type="checkbox"/>				

In **Teil C** des Fragebogens werden Ihr Allergikerstatus sowie Ihre Symptome, Beschwerden und Maßnahmen erfasst. Bitte markieren Sie alles Zutreffende mit einem **X**.

◆ Wie lange leiden Sie schon an Hausstaubmilbenallergie? _____ Jahre

◆ Haben die Beschwerden im Laufe der Zeit zugenommen?

- gar nicht
- kaum
- mäßig
- stark

◆ So sieht der Verlauf Ihrer Beschwerden aus:

	Keine	Kaum	Mäßig	Stark	Sehr stark
Frühling	<input type="checkbox"/>				
Frühling/Sommer (Übergangszeit)	<input type="checkbox"/>				
Sommer	<input type="checkbox"/>				
Sommer/Herbst (Übergangszeit)	<input type="checkbox"/>				
Herbst	<input type="checkbox"/>				
Herbst/Winter (Übergangszeit)	<input type="checkbox"/>				
Winter	<input type="checkbox"/>				
Winter/Frühling (Übergangszeit)	<input type="checkbox"/>				

◆ Wie sehr schränkt die Hausstaubmilbenallergie Ihr Wohlbefinden ein?

- gar nicht
- kaum
- mäßig
- stark

◆ Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- schlecht
- weniger gut
- gut
- sehr gut
- ausgezeichnet

◆ Haben Sie eine Hyposensibilisierung hinter sich: JA NEIN

◆ Machen Sie gerade eine Hyposensibilisierung: JA NEIN

◆ Wann treten normalerweise Ihre Beschwerden auf?

	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Häufig	Sehr häufig
Nachts	<input type="checkbox"/>				
Beim Schlafen	<input type="checkbox"/>				
Beim Aufstehen	<input type="checkbox"/>				
Nach dem Aufstehen	<input type="checkbox"/>				
Beim Saubermachen oder Bettenmachen	<input type="checkbox"/>				
Rest des Tages	<input type="checkbox"/>				

◆ Wie häufig hatten Sie folgende Beschwerden innerhalb der letzten **4 Wochen**?

(Kreuzen Sie die Beschwerden, die Sie in diesem Zeitraum nicht hatten, bitte in der Spalte "Gar nicht" an!)

	Gar nicht	Weniger als 1x pro Woche	1-2x pro Woche	3-4x pro Woche	5-6x pro Woche	Täglich
Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>					
Laufende Nase	<input type="checkbox"/>					
Niesreiz	<input type="checkbox"/>					
Gerötete Augen	<input type="checkbox"/>					
Tränende Augen	<input type="checkbox"/>					
Geschwollene Augen	<input type="checkbox"/>					
Jucken	<input type="checkbox"/>					
Brennen	<input type="checkbox"/>					
Hautrötungen	<input type="checkbox"/>					
Husten	<input type="checkbox"/>					
Atemnot	<input type="checkbox"/>					
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>					
Asthmatischer Anfall	<input type="checkbox"/>					
Sonstige Beschwerden bitte beschreiben: _____	<input type="checkbox"/>					

◆ Hatten Sie durch Ihre Hausstaubmilbenallergie innerhalb der letzten 4 Wochen Probleme beim:

	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Häufig	Sehr häufig
Einschlafen	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafen	<input type="checkbox"/>				

◆ Nehmen Sie Medikamente zur Linderung Ihrer Beschwerden?

	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Häufig	Sehr häufig
Antihistaminika	<input type="checkbox"/>				
Glukokortikoide	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Medikamente bitte beschreiben: _____ _____	<input type="checkbox"/>				

◆ Leiden Sie noch an weiteren Allergien?

	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Stark	Sehr stark
Pollen-/Gräserallergie	<input type="checkbox"/>				
Tierallergie	<input type="checkbox"/>				
Chemikalienallergie	<input type="checkbox"/>				
Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Allergien: _____ _____	<input type="checkbox"/>				