



**MEDIZINISCHER ERFASSUNGSBOGEN ZU BESCHWERDEN BETROFFENER DURCH
TIEFFREQUENZ- UND INFRASCHALL**

1.0 Kontaktdaten der betroffenen Person:

Datum:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Email:

Beantwortung durch: Betroffener
 Interviewer

Name, Fachrichtung, BI

Fallnummer:

Wichtiger Hinweis:

Die Daten werden vertraulich behandelt. Die Weitergabe von persönlichen Daten zur Veröffentlichung oder an Medien erfolgt anonymisiert unter Verwendung der Fallnummer.

2.0 Persönliche Daten:

| | | |
|-----|---|--|
| 2.1 | Alter Geschlecht Raucher | <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|-----|---|--|

3.0 Abfrage der Situation:

| | | |
|-----|--|--|
| 3.1 | Ist Verursacher der Beschwerden eine WKA? | <input type="checkbox"/> eindeutig bekannt <input type="checkbox"/> wahrscheinlich bekannt <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 3.2 | Gibt es eine weitere Belastung mit niederfrequentem Schall durch andere technische Anlagen wie... | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, ggf. welche? <input type="checkbox"/> Heizungsanlagen <input type="checkbox"/> Lüftungsanlagen <input type="checkbox"/> Biogasanlagen <input type="checkbox"/> Wärmepumpen <input type="checkbox"/> Ventilatoren <input type="checkbox"/> andere? <input type="text"/> |

4.0 Technische Angaben zur WKA (eintragen, soweit bekannt): (Kann entfallen, falls andere Anlagen die vermuteten Quellen für den Infraschall sind.)

| | | |
|-----|---|---|
| 4.1 | WKA-Hersteller / Typ / Leistung | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4.2 | Anzahl der WKA? | <input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> eine - drei <input type="checkbox"/> drei - fünf <input type="checkbox"/> mehr als fünf Wie viel insgesamt? <input type="text"/> |
| 4.3 | Wann nahm die WKA erstmalig den Betrieb auf? | <input type="text"/> |
| 4.4 | Wie viele Stunden täglich ist die Anlage in Betrieb? (Durchschnittsangaben) | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4.5 | Abstand der WKA zum Wohnhaus des Betroffenen . Bei Windpark, Abstand der nächstgelegenen WKA | <input type="checkbox"/> weniger als 500 m <input type="checkbox"/> 500 - 750 m <input type="checkbox"/> 750 - 1.000 m <input type="checkbox"/> mehr als 1.000 m oder bekannte Entfernung: <input type="text"/> |
| 4.6 | Ergänzende Angaben zum Aufstellungsort der WKA, z. B. im Wald, auf freiem Feld | <input type="text"/> <input type="text"/> |

5.0 Details zur Wohnsituation:

| | | |
|-----|--|---|
| 5.1 | Wohngebäude des Betroffenen : Baujahr: Anzahl Personen wohnhaft: Schallisolierung / neue Fenster oder Türen? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5.2 | Wann traten bei Ihnen erste Probleme auf? | Nach ca. <input type="text"/> Wochen. Wenn bekannt, genaues Datum oder Monat angeben: <input type="text"/> |
| 5.3 | Sind weitere Personen im Wohnhaus betroffen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wie viele? <input type="text"/> |
| 5.4 | Sind auch Nachbarn betroffen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 5.5 | Art des Wohngebiets | <input type="checkbox"/> reines Wohngebiet <input type="checkbox"/> Mischgebiet <input type="checkbox"/> Gewerbegebiet |
| 5.6 | Generell ist unser Wohngebiet ... | <input type="checkbox"/> sehr ruhig <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> manchmal etwas laut <input type="checkbox"/> laut |
| 5.7 | Unser Wohngebiet ist... | <input type="checkbox"/> ländlich <input type="checkbox"/> eher ländlich geprägt <input type="checkbox"/> kleinstädtische Wohnsiedlung |

6.0 Abfrage zur Lärmsituation:

| | | |
|-----|--|--|
| 6.1 | Die WKA erzeugt hörbaren Schall | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn vorhanden Messwerte <input type="text"/> |
| 6.2 | Die WKA erzeugt hörbaren tieffrequenten Schall (wie ein tiefes Brummen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn vorhanden Messwerte <input type="text"/> |
| 6.3 | Das Geräusch wird impulshaltig wahrgenommen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.4 | Nur nachts und bei Stille ist ein Brummen wahrnehmbar | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.5 | Die WKA ist auch bei geschlossenen Fenstern in Wohnräumen hörbar | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.6 | Es gibt einige Stellen im Haus, an denen seit Aufstellung der WKA ein tiefes Brummen hörbar ist | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.7 | Die tiefen Geräusche werden auch von Besuchern wahrgenommen | <input type="checkbox"/> allen <input type="checkbox"/> einigen <input type="checkbox"/> niemand |
| 6.8 | Das Geräusch ist eher zu fühlen als zu hören, spüre Vibrationen in Fußboden und Gegenständen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.9 | In der Umgebung finden sich technische Anlagen, die ähnliche Geräusche erzeugen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Biogasanlage <input type="checkbox"/> Gebäude mit Klimaanlage <input type="checkbox"/> Industriebetriebe <input type="checkbox"/> Autobahn <input type="checkbox"/> andere in <input type="text"/> m / <input type="text"/> km Entfernung |

7.0 Vorbestehenden Krankheiten und Beschwerden (Anamnese):

Gefragt wird nach Krankheiten, Beschwerden und Symptomen an Körperorganen und -systemen, die schon **vor** Inbetriebnahme der WKA vorhanden waren und ggf. noch andauern.

| | | |
|-----|---|---|
| 7.1 | Augen, Sehen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.2 | Ohren, Gehör | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.3 | Besteht eine Schwerhörigkeit? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.4 | Besteht ein Tinnitus? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.5 | Besteht eine Neigung zur Seekrankheit, Reisekrankheit? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|------|--|--|
| 7.6 | Chronische Kopfschmerzen oder Migräne | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.7 | Herz, Kreislauf, Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.8 | Bronchien, Lunge, Atmung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.9 | Magen, Darm, Verdauung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.10 | Nerven, Psyche | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.11 | Stoffwechsel | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.12 | Hormonsystem | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.13 | Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.14 | Sonstige Krankheiten oder Beschwerden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7.15 | Einnahme von Medikamenten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welche? |

8.0 Symptome und Beschwerden, die bei mir aufgetreten sind:

Gefragt wird nach Symptomen, die **nach** Inbetriebnahme der WKA **neu** aufgetreten sind.

| | | |
|-----|--|--|
| 8.1 | Ohrendruck Wahrnehmung eines „Flatterns“ Ohrenscherzen Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.3 | Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> vermehrtes Aufwachen <input type="checkbox"/> Aufschrecken aus dem Schlaf <input type="checkbox"/> erschwertes Wiedereinschlafen |
| 8.4 | Schwindelgefühl Unsicherheit beim Gehen, Stehen und Sitzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Symptome bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8.5 | Dreh- und Schwankschwindel | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> Drehen der Umgebung <input type="checkbox"/> Schwanken des Bodens, weitere Symptome bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8.6 | Schwindel mit Koordinationsstörung, z. B. Kollision mit Türrahmen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8.7 | Schwindel in Verbindung mit Übelkeit, Erbrechen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | | |
|------|---|---|
| 8.8 | Schwindel bei Bewegung im Raum, mit Nystagmus (Augenzittern) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8.9 | Herzrasen (Tachykardie) „Herzklopfen“ Bluthochdruck (neu aufgetreten) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.10 | Benommenheit Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Schwierigkeiten, z. B. einem Kochrezept oder einer Bauanleitung zu folgen... |
| 8.11 | „Fehlleistungen“ Unfälle / Beinahe-Unfälle? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, z. B. heiße Kaffeekanne in den Kühlschrank stellen, Teller in den Abfalleimer werfen... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.12 | Appetitlosigkeit Gewichtsabnahme Magendruck Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8.13 | Kopfschmerz Spannungskopfschmerz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.14 | Bei Migränikern: Zunahme/Verlängerung der Attacken | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.15 | Nackenschmerzen Rückenschmerzen Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.16 | Andauernder Husten, häufigere oder längere Bronchialinfekte | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8.17 | Schluckbeschwerden Druckgefühl unterhalb des Kehlkopfes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.18 | Angstzustände, Panikattacken | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.19 | Depression, Suizidgedanken | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.20 | Tagesmüdigkeit Artikulationsstörungen/ „schwere“ Zunge Wortfindungsstörungen Erinnerungslücken | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben, z. B. ein Gefühl von Trunkenheit, ohne Einnahme von Alkohol <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8.21 | Sehstörungen, Verschlechterung der Sehleistung, Sehausfälle (Skotom) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> unscharfes Sehen <input type="checkbox"/> Veränderung Dioptrienzahl |

| | | |
|------|---|--|
| 8.22 | Unfreiwillige Bewegungen von Armen oder Beinen („Zucken“) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.23 | „Kribbeln“ auf der Haut | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, „fühlt sich an wie Ameisen“ |
| 8.24 | Handschweiß/Schwitz-attacken | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> treten immer auf, wenn Anlage läuft <input type="checkbox"/> zu gleicher Uhrzeit, immer wenn.. <input type="text"/> |
| 8.25 | Gefühl eines „ inneren Zitterns oder Vibrierens “ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.26 | Weitere Beschwerden , die ich auf die WKA zurückführe | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.27 | Diese Symptome treten auch an anderen Orten auf | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wo? <input type="text"/> |
| 8.28 | Besucher zeigen ähnliche Symptome nach einem Zeitraum von... | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, z. B. wenn Gäste mehrere Tage/Wochen zu Besuch sind |
| 8.29 | Ich werde wegen dieser Symptome von einem Arzt behandelt Ich nehme seit Beginn der Exposition folgende Medikamente ein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Umweltmediziner <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> Beta-Blocker <input type="checkbox"/> Schlafmittel <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> |
| 8.30 | Wenn ich mich lange im Haus aufhalte (Krankheit, Urlaub) , nehmen die Beschwerden zu | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8.31 | Wenn ich mich längere Zeit von meiner Wohnung entferne (Urlaubsreise), nehmen die Beschwerden ab | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

9.0 Wer ist noch betroffen?

| | | |
|-----|---|---|
| 9.1 | Sind weitere Personen im Haus betroffen? (Ehepartner, andere im Haus/Haushalt lebende Personen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Auflistung, Alter der Personen <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 9.2 | Gibt es Kinder im Haushalt? Gibt es Auffälligkeiten in der Entwicklung, sprachliche Entwicklung/schulische Leistungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte Alter der Kinder vermerken! <input type="text"/> |

| | | |
|-----|--|---|
| 9.3 | Kinder: Vermehrte Neigung zu Unfällen/häufigere Infekte | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|-----|--|---|

10.0 Lebensqualität/Auswirkungen:

| | | |
|------|---|---|
| 10.1 | Seit Aufstellung der WKA hat unsere Lebensqualität... | <input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> abgenommen <input type="checkbox"/> unverändert |
| 10.2 | Seit Aufstellung der WKA kann ich mich zu Hause nicht mehr richtig erholen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein |
| 10.3 | Wenn ich es mir finanziell leisten könnte, würde ich wegziehen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein |
| 10.4 | Unsere Wohnung/Haus ist unverkäuflich geworden / Wertminderung erfahren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein |
| 10.5 | Durch den Betrieb der Anlage erfahren wir in der Nutzbarkeit unserer Wohnung sehr starke Einschränkungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein |
| 10.6 | Durch die Auswirkungen der Anlage ist uns finanzieller Schaden entstanden | Geschätzte Höhe bisher / monatlich <input type="text"/> |
| 10.7 | Vom nachbarlichen Umfeld wird unser Anliegen... | <input type="checkbox"/> ernst genommen <input type="checkbox"/> als berechtigt angesehen <input type="checkbox"/> nicht ernst genommen <input type="checkbox"/> wir werden als eingebildete Kranke wahrgenommen <input type="checkbox"/> uns werden finanzielle Interessen unterstellt |
| 10.8 | Seit Auftreten der Probleme haben sich unsere Freizeitaktivitäten... | <input type="checkbox"/> verringert <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> keine Veränderung erfahren |
| 10.9 | Seit Auftreten der Probleme haben sich unsere Sozialkontakte... | <input type="checkbox"/> verringert <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> keine Veränderung erfahren |

11.0 ergriffene Maßnahmen:

| | | |
|------|---|---|
| 11.1 | Verlagerung des Schlafplatzes (z.B. in Gästezimmer, Hobbyraum, Keller) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11.2 | Tragen von Gehörschutz | <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> nur zeitweilig tagsüber |

| | | |
|------|---|---|
| 11.4 | Wir haben eine Ausweich- wohnung, 2. Haus , Wohn- mobil etc. gemietet/gekauft oder Erwägen solche Maßnahmen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11.5 | Bauliche Maßnahmen Schallschutzfenster etc. Beauftragung eines Sachverständigen (Akustiker) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Ergebnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

12.0 Dialog mit Verursacher:

| | | |
|------|---|---|
| 12.1 | Wir haben dem Betreiber frühzeitig von unseren Beschwerden berichtet | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12.2 | Der Betreiber hat uns ernst genommen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12.3 | Der Betreiber hat konstruktive Lösungsansätze vorgeschlagen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein |

13.0 Hilfe durch Behörden/Ämter:

| | | |
|------|--|---|
| 13.1 | Der für uns zuständigen Behörde war das Problem bekannt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise, welche Behörden wurden angesprochen, wer ist verwaltungsrechtlich zuständig? |
| 13.2 | Die zuständige Behörde hat Maßnahmen zur Lösung des Problems ergriffen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, was wurde gemacht/unterlassen? |
| 13.3 | Es wurden Messungen nach DIN45680 bei uns durchgeführt | Mit welchem Ergebnis? Liegt das Protokoll vor? |
| 13.4 | Die zuständigen Behörden haben die Angelegenheit... | <input type="checkbox"/> mit Priorität behandelt <input type="checkbox"/> normal behandelt <input type="checkbox"/> verschleppt <input type="checkbox"/> ignoriert |

14.0 Rechtliche Aspekte:

| | | |
|------|---|---|
| 14.1 | Ich habe mich von einem Anwalt zur rechtlichen Situation beraten lassen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|------|---|---|

| | | |
|------|--|--|
| 14.2 | Ich musste feststellen, dass die bestehenden Vorschriften und Gesetze hinsichtlich der Auswirkungen tieffrequenten Schalls... | <input type="checkbox"/> ausreichend sind <input type="checkbox"/> nicht ausreichend sind <input type="checkbox"/> in keiner Weise ausreichend sind, um dem Bürger einen Schutz seines Grundrechts auf Gesundheit zu gewähren. |
| 14.3 | Ich erwäge ein Klage wenn sich die Situation nicht bessert | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

15.0 Was nicht abgefragt wurde, was ich aber für wichtig halte:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

16.0 Ich kenne ähnliche Fälle:

| |
|--|
| |
| |

| |
|--|
| |
|--|

UNTERSCHRIFT BETROFFENER

| |
|--|
| |
|--|

UNTERSCHRIFT INTERVIEWER

Keine Unterschriften, falls elektronisch übermittelt