

Fragebogen für Patienten nach Vergiftung mit Begasungsmitteln oder Chemikalienresten

Sie sind während ihrer Arbeit mit Begasungsmitteln oder anderen Chemikalienresten in Kontakt gekommen und haben in dem Zusammenhang gesundheitliche Einschränkungen erfahren. Um die tatsächliche Gefährdung von Menschen in Ihrer Situation besser beurteilen zu können, führen wir eine Untersuchung durch, in der wir alle Informationen von den – bisher nur wenigen bekannten – betroffenen Patienten zusammentragen.

Alle Daten, die Sie uns übermitteln, werden selbstverständlich vollkommen vertraulich behandelt. Im Rahmen der Anonymisierung werden die Kontaktdaten von Ihren sonstigen Angaben getrennt. Wir werden sie nur für Nachfragen verwenden oder um z.B. Untersuchungen mit Ihnen besprechen zu können.

Kontaktdaten:

Name: _____ Vorname: _____
Telefon: _____ Email: _____
Straße: _____ Wohnort: _____

Allgemeine Daten:

Alter: _____ Geschlecht: w m
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Tätigkeitsbereich (z.B. Hafenumschlag, Begasung, Textillager, Maschinenbau)

Expositionsdaten:

1. Wann und wo sind Sie mit Begasungsmittel- oder Chemikalienresten in Kontakt gekommen?

Ort: _____

Datum/Zeitraum: _____

2. Bei welchen Tätigkeiten sind Sie mit Begasungsmittel- oder Chemikalienresten in Kontakt gekommen?

- Aufenthalt in einem Container _____
- Umgang mit Waren aus Containern _____
- Lagerarbeiten mit Importwaren _____
- Sonstiges _____

3. Bitte teilen Sie uns mit, welchem der folgenden Gefahrstoffe Sie ausgesetzt gewesen sind. Wenn der Stoff durch Messungen nachgewiesen wurde, kreuzen Sie bitte hinter dem Stoffnamen das Kästchen mit dem „N“ (für Nachweis ist erfolgt) an. Wenn Sie nicht ganz sicher sind oder die Informationen nur anhand von Lieferpapieren oder Begasungszertifikaten zur Verfügung stehen, kreuzen Sie bitte hinter dem Stoffnamen das Kästchen mit dem „V“ an („Verdacht“).

	V	N		V	N		V	N		V	N		V	N
Brommethan			1,2-Dichlorethan			Sulfuryldifluorid			Phosphorwasserstoff			Sonstige*		

* Wenn sie sonstigen Gefahrstoffen ausgesetzt gewesen sind und deren Namen wissen oder den Verdacht haben, um welche es sich handelt, schreiben Sie die Namen bitte in die Extra-Zeile:

4. Gab es Hinweise auf Begasung? Kreuzen Sie bitte an und erläutern Sie auf der anschließenden Linie (z.B. wonach hat es gerochen, wie sahen die Aufkleber aus...).

- Geruch _____
- Aufkleber, Label _____
- Lieferpapiere _____
- Begasungszertifikat _____
- Abgeklebte Lüftungsschlitze am Container _____
- Kapseln, leere Dosen im Container _____
- Sonstige _____

5. Mit welcher Warenart haben Sie Kontakt gehabt (z.B. Textilien, Nahrungsmittel)? Welche Verpackungsmaterialien und Paletten (Hölzer, Kunststoffe, Karton) kamen zum Einsatz?

6. Aus welchem Land kamen die verdächtigten Container oder Waren?

7. Wie lange waren Sie den Gefahrstoffen ausgesetzt? Ging es um ein einmaliges Ereignis, oder sind Sie der Gefährdung dauerhaft ausgesetzt?

Minuten Stunden Tage Wochen Monate Jahre

8. Bitte beschreiben Sie die räumlichen Umgebungsbedingungen, in denen Sie gearbeitet haben (z.B. Halle mit Größe, Belüftungsart oder Freiluftplatz).

9. Bitte beschreiben Sie die von Ihnen während des Kontakts mit Gefahrstoffen getragene Kleidung. Welche Hautbereiche waren hiervon unbedeckt?

10. Bitte beschreiben Sie angewendete Schutzmaßnahmen wie Belüftung (aktiv/passiv), Schutzkleidung, Handschuhe, Atemmaske (ggf. welche) etc.

11. Bitte beschreiben Sie Ihre Tätigkeit während der Sie mit Gefahrstoffen ausgesetzt waren (Heben/Tragen, Grad der körperlichen Belastung...).

12. Haben Sie während der Arbeit oder in der Umgebung der Gefahrstoffe gegessen, getrunken oder geraucht?

Essen Trinken Rauchen Nichts davon

Beschwerden:

Bitte überlegen Sie, welche der in der folgenden Tabelle aufgeführten Beschwerden bei Ihnen wann und für wie lange aufgetreten sind.

In der ersten Zeile finden Sie ein Beispiel für das Auftreten der Beschwerde „Muster“ 15 Minuten nach Kontakt mit Begasungsmittel- oder Chemikalienresten. Dieses Problem hat für 10 Tage angehalten.

Wenn Sie noch andere, in der Tabelle nicht aufgeführte Probleme bemerkt haben, markieren Sie bitte in der letzten Zeile das Feld „?“ mit einem Kreuz und nutzen Sie die zusätzlichen Zeilen für Detailangaben.

Beschwerden	Beginn dieser Beschwerden				Dauer dieser Beschwerden		
	Sofort bei Kontakt	nach Minuten	nach Stunden	nach Tagen	Stunden	Tage	bis heute
<i>Muster</i>		1 5				1 0	
Kopfschmerzen							
Benommenheit, Orientierungsschwierigkeiten							
Schwindel, Gleichgewichtsstörungen							
Übelkeit							
Andere Magen-Darm-Beschwerden							
Leistungsminderung, Erschöpfung							
Beschwerden der Augen (Brennen, Sehstörungen...)							
Beschwerden im Bereich der Nase							
Beschwerden im Mund-Rachenbereich							
Atemnot (in Ruhe, unter Belastung)							
Sonstige Beschwerden der Atemwege (Husten...)							
Beschwerden der Haut (Brennen, Jucken...)							
Beschwerden der Muskeln (Zittern, Kraftminderung...)							
Gefühlsstörungen (Taubheit, Missempfindungen...)							
Konzentrationsstörungen, Reduzierte Merkfähigkeit							
Stimmungsänderungen (Gleichgültigkeit, Nervosität...)							
? Sonstige Beschwerden							

Haben Sie einen Arzt wegen der Beschwerden aufgesucht? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Für Fragen stehen wir telefonisch unter 0049-40-428894-501 oder per Email zfa@bsg.hamburg.de zur Verfügung.

Prof. Dr. med. X. Baur
 Dr. med. A. Preisser
 Dr. med. F. Heblich

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin
 Seewartenstraße 10, Haus 1
 20495 Hamburg