

Patientenfragebogen

Name, Vorname,
 Titel

Ort, Datum

a) Symptomliste

Hatten Sie in den letzten 30 Tagen folgende Beschwerden? Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen!

Beschwerden	gar nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr stark	wenn ja, seit wann (Monat / Jahr)
Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Beklemmungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Konzentrationschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Innere Unruhe / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Überaktivität / Hyperaktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Wortfindungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Lärmempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Druckgefühl im Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Ohrgeräusche / Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Augenbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
nervöse Blase / Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Herzpochen / Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Muskelverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Gelenksschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Hautveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Sonstiges (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Sonstiges (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/

b) Fragen zur Orts- und Zeitabhängigkeit der Beschwerden

Welche Beschwerden belasten Sie am stärksten?	
Seit wann bestehen diese Beschwerden?	
Zu welchen Zeiten treten die Beschwerden auf?	
Gibt es einen Ort wo die Beschwerden zunehmen oder besonders deutlich sind? (zB am Arbeitsplatz, zu Hause)	
Gibt es einen Ort wo die Beschwerden zurückgehen oder wo Sie beschwerdefrei sind? (zB am Arbeitsplatz, zu Hause, an anderen Orten, bei Freunden, im Urlaub, im Wochenendhaus, im Wald?)	
Haben Sie eine Erklärung für diese Beschwerden?	
Gibt es belastende Stresssituation/en zB durch Veränderungen im Privatleben oder Berufsleben?	
Bisherige umweltbezogene Abklärungen / Messungen und Maßnahmen	
Bisherige umweltmedizinische Abklärungen und Therapien	
Sonstiges	

c) Anamnese der EMF-Exposition zu Hause oder am Arbeitsplatz

1. Verwenden Sie privat oder beruflich ein Mobiltelefon?

Seit wann (Jahr /Monaten)? _____

Wie lange telefonieren Sie täglich mit dem Mobiltelefon (Stunden/Minuten)? _____

Haben Sie an sich dabei irgendwelche Beobachtungen im Hinblick auf Beschwerden gemacht?

2. Gibt es zu Hause (H) oder am Arbeitsplatz (A) ein Schnurlostelefon (DECT-Basisstation)?

Seit wann (Jahr /Monaten)? _____

Wie lange telefonieren Sie täglich mit dem Schnurlostelefon (Stunden/Minuten)? _____

Haben Sie dabei irgendwelche Beobachtungen im Hinblick auf Beschwerden gemacht?

3. Verwenden Sie zu Hause oder am Arbeitsplatz (A) ein Funkinternet (WLAN, WiMAX, UMTS)?

Seit wann (Jahr /Monaten)? _____

Wenn ja, wie lange nutzen Sie es täglich (Stunden/Minuten)? _____

Haben Sie dabei irgendwelche Beobachtungen im Hinblick auf Beschwerden gemacht?

4. Verwenden Sie zu Hause (H) oder am Arbeitsplatz (A) privat Energiesparlampen im Nahbereich (Schreibtisch, Esstisch, Leseplatz, Schlafplatz)?

Seit wann (Jahr /Monaten)? _____

Wenn ja, wie lange sind Sie täglich exponiert (Stunden/Minuten)? _____

Haben Sie an sich dabei irgendwelche Beobachtungen im Hinblick auf Beschwerden gemacht?

5. Gibt es zu Hause (H) oder am Arbeitsplatz (A) einen Handymasten (Mobilfunkbasisstation)?

Seit wann (Jahr /Monaten)? _____

Wenn ja, in welcher Distanz? _____

Haben Sie dabei irgendwelche Beobachtungen im Hinblick auf Beschwerden gemacht?

6. Gibt es zu Hause (H) oder am Arbeitsplatz (A) im Nahbereich Stromleitungen, Trafostationen oder Bahnlinien?

Wenn ja, wie lange sind Sie täglich exponiert (Stunden/Minuten)? _____

Haben Sie dabei irgendwelche Beobachtungen im Hinblick auf Beschwerden gemacht?

6. Verwenden Sie in Ihrem Auto Bluetooth?

Wenn ja, seit wann, bzw. wie viele Jahre schon? _____

Haben Sie dabei irgendwelche Beobachtungen im Hinblick auf Beschwerden gemacht?
