

Fragebogen zur Erfassung von Gesundheitsschäden durch hochfrequente elektromagnetische Felder

(Mobilfunksender, DECT, W-LAN, Handy u. a.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Strasse/Hausnr.

PLZ/Ort

wohnhaf seit

Telefon

1. Hochfrequenzbelastungen

1.1 Wo waren oder sind Sie hochfrequenten elektromagnetischen Feldern ausgesetzt?

zu Hause	am Arbeitsplatz	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Stunden pro Tag halten Sie sich durchschnittlich in den hochfrequenzbelasteten Räumen auf?		
.....		

1.2 Hochfrequenzbelastung zu Hause

<input type="checkbox"/> Mobilfunksender Standorte (Ort, Strasse, Hausnr.):	Entfernung in Metern:	seit:

<input type="checkbox"/> Radio- oder Fernsehsender	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Richtfunk	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Eigenes Schnurlos-Telefon (DECT) Typenbezeichnung:	Standort:	seit:
	Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	

<input type="checkbox"/> Schnurlos-Telefon (DECT) bei Nachbarn	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN (eigenes)	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN (bei Nachbarn)	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> Handybenutzung	Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:

1.3 Hochfrequenzbelastung am Arbeitsplatz oder in der Schule

<input type="checkbox"/> Mobilfunksender Standorte (Ort, Strasse, Hausnr.):	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Radio- oder Fernsehsender	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Richtfunk	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Schnurlos-Telefon (DECT) Typenbezeichnung:	Standort: Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> Handybenutzung (eigene)	Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:
<input type="checkbox"/> Handybenutzung (Kollegen/Mitschüler)	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig	seit:

1.4

Haben Sie Messungen elektromagnetischer Felder durchführen lassen? (wenn ja, bitte Kopien der Messprotokolle anfügen)

Nein Ja, mit folgenden Ergebnissen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Symptome, Krankheitsbeschreibung, Verlauf

2.1 Symptomenliste

Symptome *falls möglich unter 2.2 näher beschreiben	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
1. Einschlafprobleme						
2. Häufiges Aufwachen						
3. Gerädertes, verkatertes Aufstehen						
4. Chronische Erschöpfung						
5. Erhöhter Schlafbedarf						
6. Antriebsarmut						
7. Unlust						
8. Kopfschmerzen						
9. Kopfdruck						
10. Benommenheit						
11. Nervosität						
12. Unruhe						
13. Unwohlsein						
14. Hitzegefühl (Kreislaufprobleme)						
15. Kältegefühl, Frösteln (Kreislaufpr.)						
16. Inneres Zittern						
17. Inneres Brennen						
18. Gereiztheit						
19. Aggressivität						
20. Depressive Stimmung						
21. Gefühl der Hilflosigkeit						
22. Panikattacken						
23. Zwanghafte Denkwiederholungen						
24. Konzentrationsstörungen						
25. Schreibfehler						
26. Lernstörungen						
27. Vergesslichkeit						
28. Wortfindungsstörungen						
29. Sprechfehler						
30. Gelenkschmerzen (welche?)*						
31. Muskelschmerzen (wo?)*						
32. Nackenschmerzen						
33. Weichteilschmerzen (wo?)*						
34. Nervenschmerzen (wo?)*						
35. Zahnschmerzen						
36. Nebenhöhlenentzündung						
37. Infekte						
38. Veränderung der Stimme						
39. Halsentzündung						
40. Vergrößerte Lymphknoten						
41. Langsame Wundheilung						
42. Hautveränderungen (welche?)*						

Symptome *falls möglich unter 2.2 näher beschreiben	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
43. Brennen der Haut						
44. Kribbeln der Haut						
45. Taubheitsgefühl						
46. Juckreiz						
47. Allergische Reaktion						
48. Herzrasen						
49. Herzschmerzen						
50. Herzrhythmusstörungen (welche)*						
51. Blutdruckerhöhung anfallweise						
52. Blutdruckerhöhung ständig						
53. Atemnot anfallweise						
54. Kollapszustände						
55. Schwindel						
56. Gleichgewichtsstörungen						
57. Ohrgeräusche (Tinnitus)						
58. Geräusche im Kopf						
59. Hörverlust, Hörsturz						
60. Lärmempfindlichkeit						
61. Augenschmerzen						
62. Geschwollene Augen						
63. Ringe unter den Augen						
64. Sehstörungen						
65. Augenentzündung						
66. Trockene Augen						
67. Nasenbluten (wann)*						
68. Geruchsempfindlichkeit						
69. Schilddrüsenprobleme (welche)*						
70. Hormonstörungen (welche)*						
71. Haarausfall						
72. Wachstumsstörungen						
73. Libidoverlust						
74. Gewichtszunahme						
75. Gewichtsabnahme						
76. Appetitlosigkeit						
77. Übelkeit						
78. Durchfälle						
79. Ungewöhnliches Hungergefühl						
80. Vermehrtes Durstgefühl						
81. Schwitzen (nachts)						
82. Häufiges Wasserlassen (nachts)						
83. Einnässen						
84. Zähneknirschen (nachts)						
85.						
86.						

2.4

Stellen Sie bei einem Ortswechsel eine Veränderung Ihrer Beschwerden fest (im Wald, in mobilfunkarmen Tälern, Übernachtung bei Bekannten etc.)

Nein Ja, wo und welcher Art?

-
-

2.5

Bei gesundheitlichen Beschwerden im häuslichen Umfeld: Versuchen Sie die Belastung dadurch zu verringern, indem Sie sich so häufig wie möglich an anderen Orten aufhalten?

Nein Ja, wohin?

-
-

2.6

Haben Sie Ihren Schlafplatz verlegt?

Nein Ja, wann, wohin und mit welcher Wirkung?

-
-

2.7

Haben Sie Abschirmmaßnahmen durchgeführt, um die Hochfrequenzexposition zu verringern?

- Nein, weil
- Ja, welche
-

2.8

Haben diese Maßnahmen eine Verringerung oder ein Verschwinden von Symptomen bewirkt?

Nein Ja, bei welchen Symptomen?

-
-
- Vorübergehend?

2.9

Haben Sie den Aufenthalt in den belasteten Räumlichkeiten eingeschränkt oder sind Sie weggezogen?

- Nein, weil
- Ja, wohin
- wann?

3. Diagnostik

3.1

Welche Ärzte wurden aufgesucht? (Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben, wenn bekannt)

.....
.....
.....
.....
.....

Wie oft?

3.2

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?
Blut- Urin, Röntgen, CT, Herz-Kreislaufsystem usw.
(Bitte Kopien der Befunde beilegen)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.3

Welche Diagnosen wurden gestellt?

.....
.....
.....
.....

3.4

Welche Medikamente wurden Ihnen im Zusammenhang mit Ihrem Beschwerdebild verordnet?

.....
.....
.....
.....

3.5

Wurde Ihnen eine Psychotherapie bzw. eine psychosomatische REHA-Maßnahme empfohlen?

Nein Ja durchgeführt? wo?

.....

3.6

Haben Sie Metallbelastungen wie Amalgam, Gold, Palladium, Titan, Blei, Aluminium usw. z. B. im Mund, im Körper oder beruflicher Kontakt?

Nein Ja, welcher Art?

.....

3.7

Haben Sie Amalgamfüllungen?

Nein Ja, wie viele?

.....

3.8

Wurden Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Nein Ja, wann, wie viele?

.....

3.9

Erfolgte eine Amalgamausleitung?

Nein Ja, welcher Art?

.....

3.10

Haben Sie chemische Belastungen (Umweltschadstoffe, Innenraumschadstoffe, beruflicher Kontakt, Chemotherapie)?

Nein Ja, welcher Art, (Befund, Messungen)?

.....

.....

3.11

Haben Sie Allergien

Nein Ja, seit wann, welcher Art (Befund)?

.....

.....

.....

.....

4. Ergänzende Fragen

4.1

Wann und durch wen erhielten Sie erstmals Kenntnis von einer möglichen Gesundheitsgefährdung durch hochfrequente elektromagnetische Felder?

Presse

Fernsehen

Sonstiges

.....

4.2

Haben andere Menschen Ihnen Ihre Gesundheitsbeeinträchtigungen angemerkt?

Nein Ja, wer und welche Symptome?

.....

.....

4.3

Haben auch Mitglieder Ihrer Familie Krankheitssymptome?

Nein Ja, welche Symptome?

.....

.....

4.4

Haben Bewohner Ihres Hauses oder Nachbarn ähnliche Symptome?

Nein Ja, wer?

.....

.....

4.5

Haben Arbeitskollegen/Mitschüler ähnliche Symptome?

Nein Ja, wer?

.....

.....

4.6

Haben Sie Veränderungen bei Tieren oder Pflanzen beobachtet?

Nein Ja, welche?

.....

.....

4.7

Hat sich in Ihrem häuslichen Wohnumfeld in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Renovierung mit neuen Farben oder Hölzern, neue Möbel, neue Teppiche)

Nein Ja, was?

.....

.....

4.8

Hat sich in Ihrem weiteren Wohnumfeld in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Ansiedlung von neuen Industriebetrieben oder landwirtschaftlichen Betrieben, neue Straßen)

Nein Ja, was?

.....

.....

4.9

Hat sich an Ihrem Arbeitsplatz in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Renovierung oder Neuausstattung)

Nein Ja, was?

.....

.....

4.10

Leben Sie in der Nachbarschaft zu einer Müllverbrennungsanlage oder einem chemischen Industriebetrieb?

Nein Ja, welche Art von Betrieb?

.....

5. Behördliches Vorgehen

5.1

Haben Sie im Zusammenhang mit den Gesundheitsstörungen Kontakte zu staatlichen Behörden (z. B. Bürgermeister, Umweltamt, Gesundheitsamt, Ministerien) oder zu den Mobilfunkbetreibern aufgenommen? (Falls Schriftverkehr vorhanden, bitte Kopien anfügen)

Nein Ja, mit wem und wann?

.....

.....

.....

5.2

Haben Sie im Zusammenhang mit den Gesundheitsstörungen bereits zivilrechtliche Klagen angestrebt oder eingereicht? (Falls Schriftverkehr vorhanden, bitte Kopien anfügen)

Nein Ja, bei welchem Gericht und wann?

.....

.....

.....

6. Persönliche Angaben

Körpergröße cm
Körpergewicht kg
Raucher	Nein Ja, wie viele Zigaretten pro Tag? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stück
Alkohol	nie gelegentlich häufig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
aktuelle Blutdruckwerte	
falls längerfristige Aufzeichnungen vorhanden bitte Kopien anfügen	
Frühere Erkrankungen, Operationen und regelmäßige Medikamenteneinnahme:	
Große seelische Belastung (privat oder am Arbeitsplatz):	

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Auswertungserklärung

Erklärung gegenüber der privaten, ärztlichen Meldestelle und den dokumentierenden Ärzten.

Ich
(Vor- und Zunahme)

erlaube den dokumentierenden Ärzten die

anonyme namentliche
 (zutreffendes ankreuzen)

Auswertung meiner Mobilfunckerkrankung und die uneingeschränkte Weitergabe der Daten an zuständige Behörden und Einrichtungen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Erklärung (gegenüber Ihren behandelnden Ärzten)

Ich
(Vor- und Zunahme)

entbinde den/die nachfolgend genannten Arzt/Ärzte von seiner/ihrer
Verschwiegenheitspflicht gegenüber ermittelnden Strafverfolgungsbehörden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Name des Arztes/der Ärzte mit Praxisanschrift)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)