

Fragebogen zur Erfassung von Gesundheitsschäden durch hochfrequente elektromagnetische Felder

(Mobilfunksender, Handy, DECT-Telefon, WLAN u.a.)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Adresse:

wohnhaft seit:

Telefon:

Wo waren oder sind Sie hochfrequenten elektromagnetischen Feldern ausgesetzt?

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

Angaben so weit bekannt Hochfrequenzbelastung zu Hause

Mobilfunksender <input type="checkbox"/> Standorte:	Entfernung in Metern:	seit:
Radio- oder Fernsehsender <input type="checkbox"/>	Entfernung in Metern:	seit:
Richtfunk <input type="checkbox"/>	Entfernung in Metern:	seit:
Schnurlos-Telefon (DECT) <input type="checkbox"/> Typenbezeichnung:	Standort: Dauer der Telefonate pro Tag:	seit:
Schnurlos-Telefon (DECT) bei Nachbarn <input type="checkbox"/>	Standort:	seit:
W-LAN <input type="checkbox"/>	Standort:	seit:
W-LAN bei Nachbarn <input type="checkbox"/>	Standort:	seit:
Handybenutzung <input type="checkbox"/>	Dauer der Telefonate pro Tag:	seit:

Hochfrequenzbelastung am Arbeitsplatz / Schule

Anschrift:

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

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

Symptome

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus.

Evtl. Ergänzungen mit Angabe der Nr. am Ende der Liste.

Nr.	Symptome	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
1	Einschlafprobleme						
2	häufiges Aufwachen						
3	Chronische Erschöpfung						
4	Antriebsarmut						
5	Unlust						
6	Kopfschmerzen						
7	Kopfdruck						
8	Benommenheit						
9	Nervosität						
10	Unruhe						
11	Unwohlsein						
12	Hitzegefühl						
13	inneres Zittern						
14	inneres Brennen						
15	Gereiztheit						

Nr.	Symptome	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
16	Aggressivität						
17	depressive Stimmung						
18	Gefühl der Hilflosigkeit						
19	Panikattacken						
20	Konzentrationsstörungen						
21	Schreibfehler						
22	Lernstörungen						
23	Vergesslichkeit						
24	Wortfindungsstörungen						
25	Sprechfehler						
26	Gelenkschmerzen (welche?)						
27	Muskelschmerzen (wo?)						
28	Nackenschmerzen						
29	Weichteilschmerzen (wo?)						
30	Nervenschmerzen (wo?)						
31	Zahnschmerzen						
32	Nebenhöhlenentzündung						
33	Infekte						
34	Veränderung der Stimme						
35	Halsentzündung						
36	vergrößerte Lymphknoten						
37	langsame Wundheilung						
38	Hautveränderungen (welche?)						
39	Brennen der Haut						
40	Kribbeln der Haut						
41	Taubheitsgefühl						
42	Juckreiz						
43	allergische Reaktion						
44	Herzrasen						
45	Herzschmerzen						
46	Herzrhythmusstörungen						
47	Blutdruckerhöhung anfallweise						
48	Blutdruckerhöhung ständig						
49	Atemnot anfallweise						
50	Kollapszustände						
51	Schwindel						
52	Gleichgewichtsstörungen						
53	Ohrgeräusche (Tinnitus)						
54	Geräusche im Kopf						
55	Hörverlust, Hörsturz						
56	Lärmempfindlichkeit						
57	Augenschmerzen						
58	Geschwollene Augen						
59	Ringe unter den Augen						
60	Sehstörungen						

Nr.	Symptome	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
61	Augenentzündung						
62	trockene Augen						
63	Nasenbluten						
64	Geruchsempfindlichkeit						
65	Haarausfall						
66	Schilddrüsenprobleme						
67	Wachstumsstörungen						
68	Hormonstörungen						
69	Gewichtszunahme						
70	Gewichtsabnahme						
71	Appetitlosigkeit						
72	Übelkeit						
73	Durchfälle						
74	ungewöhnliches Hungergefühl						
75	vermehrtes Durstgefühl						
76	Schwitzen (nachts)						
77	häufiges Wasserlassen (nachts)						
78	Einnässen						
79	Zähneknirschen (nachts)						

Fügen Sie Anmerkungen mit Angabe der Nr. hinzu und ergänzen Sie Symptome oder Erkrankungen, die nicht auf dem Bogen stehen

Welche Symptome traten auf?	Seit wann?
Stellen Sie bei vorübergehendem Ortswechsel (z.B.: Besuch, Übernachten bei Bekannten) eine Veränderung des Beschwerdebildes fest? Nein Ja, welche? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bei gesundheitlichen Beschwerden im häuslichen Umfeld: Versuchen Sie die Belastung dadurch zu verringern, in dem Sie sich so häufig wie möglich an anderen Orten aufhalten? Nein Ja, wo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Bitte schildern Sie in eigenen Worten Beschwerdebeginn, Reihenfolge des Auftretens und die Art Ihrer Beschwerden (insbesondere bei Sehstörungen, Kopfschmerzen, Kopfgeräuschen, Hautveränderungen, Glieder-, Gelenk-, Nerven- und Weichteilschmerzen und Sensibilitätsstörungen):

Wo traten die Krankheitssymptome auf?
zu Hause am Arbeitsplatz Sonstiges

Haben andere Menschen Ihnen Ihre Gesundheitsbeeinträchtigungen angemerkt?
Nein Ja, wer und welche Symptome?

Haben Mitglieder Ihrer Familie auch Krankheitssymptomen?
Nein Ja, wer und welche Symptome?

Haben Bewohner Ihres Hauses oder Nachbarn ähnliche Symptome?
Nein Ja, wer?

Haben Arbeitskollegen / Mitschüler ähnliche Symptome?
Nein Ja, wer?

Haben Sie Veränderungen bei Tieren oder Pflanzen beobachtet?
Nein Ja, welche?

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

Wie oft?

Welche Diagnosen wurden gestellt? (Bitte Kopien von Arztbriefen beilegen)

Welche Blut- und Urinuntersuchungen wurden durchgeführt?
(Bitte Kopien der Befunde beilegen)

Welche Medikamente wurden Ihnen im Zusammenhang mit Ihrem Beschwerdebild verordnet?

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

Nein Ja

Zähne-Zahnsanierung:

Liegt eine Amalgambelastung vor?

Nein Ja

Wurden Amalgamfüllungen entfernt?

Nein Ja

Erfolgte eine Amalgamausleitung?

Nein Ja

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

Nein Ja, mit folgenden Ergebnissen:

Haben Sie Ihren Schlafplatz verlegt?

Nein Ja, wohin?

Haben Sie Abschirmmaßnahmen durchgeführt, um die Hochfrequenzexposition zu verringern?

Nein, weil Ja, welche?

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

Nein Ja, bei welchen Symptomen?

Vorübergehend?

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

Nein, weil

Ja, wann und wohin?

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?

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, welche Änderung?

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

Nein

Ja, was?

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

Nein

Ja, welche Art von Betrieb?

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?

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?

Persönliche Angaben

Körpergröße cm	Körpergewicht kg
Raucher	Nein Ja, wie viele Zigaretten pro Tag? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alkohol	nie gelegentlich regelmäßig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Letzter Blutdruckwert:
 Frühere Erkrankungen, Operationen und regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Große seelische Belastung (privat oder am Arbeitsplatz):

Erklärung

Ich
 (Vor- und Zunahme)

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

.....

(Name des Arztes / der Ärzte mit Praxisanschrift)

Ort, Datum

Unterschrift