

## Einleitung

Die Initiativen Bürgerwelle e.V., IGUMED, und Mobilfunk-Allgäu möchten anhand des Fragebogens Krankheitsfälle auflisten, die möglicherweise in Zusammenhang mit Mobilfunksendeanlagen und DECT - Schnurlostelefonen stehen.

Codierung ( für Arzt / HP )

PLZ/Ort:

laufende Nr:

## Persönliche Daten

Vor- und Zuname: .....

Straße: .....

PLZ / Wohnort: .....

Telefon / Fax: .....

Ich bin mit der statistischen Auswertung meines Fragebogens und Befunde unter Wahrung der Anonymität einverstanden

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Bitte Rückgabe an:

Arzt / Heilpraktiker:

Vor- und Zuname: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# Fragebogen - Blatt 1 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Codierung ( für Arzt / HP )

PLZ/Ort:

laufende Nr:

Datum:

Geschlecht     weiblich     männlich

Geburtsjahr .....

Belastung     Handy     Mobilfunksender (D-Netz, E-Netz, UMTS )  
 DECT (im eigenen Haushalt)     DECT (Nachbar)     DECT (Arbeitsplatz, Büro)

Inbetriebnahme des DECT..... Entfernung von DECT in Metern (m).....

Inbetriebnahme der Sendeanlage..... Entfernung von der Sendeanlage in Metern (m).....

Meßwerte vorhanden     ja     nein    Abschaltung des DECT.....

Erkrankungsbeginn.....  Keine Krankheitssymptome vorhanden

Symptome und Beschwerden	Ja	Nein	verschwunden durch Wohnortswechsel	verschwunden mit Abschaltung von DECT
Schlafstörungen				
Nachtschweiße, fieberhafte Zustände				
Kopfschmerzen				
Nervosität, Reizbarkeit, innere Unruhe				
Hyperaktivität bei Kindern				
Antriebslosigkeit, Müdigkeit				
Konzentrations- / Gedächtnisstörungen				
Übelkeit, Unwohlsein				
Appetitlosigkeit				
Magen- Darmbeschwerden				
Neigung zu Depressionen				
Schwindel, Benommenheit				
Sehstörungen				
Hörstörungen (z.B. Tinnitus)				
Allergie- u. Hautprobleme				
Muskelschmerzen, Fibromyalgie				
Atembeschwerden				
Ödeme, Wassereinlagerungen				
Kreislaufprobleme				
Herzrhythmusstörungen				
erhöhter Blutdruck				
Herzinfarkt				
Schlaganfall				
Thrombose				
Tumorleiden				

# Fragebogen - Blatt 2 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Codierung ( für Arzt / HP )

PLZ/Ort:

laufende Nr:

Datum:

Belastungen durch:	Ja	Nein
Amalgam (bzw. andere Metalle)		
Umweltgifte (Holzschutzmittel, Formaldehyd, PCB)		
Nikotin (Zigaretten)		
regelmäßiger Alkoholkonsum (z.B. > ½ l Bier / Tag)		

## Ich war früher (vor Mobilfunk-, bzw. Hochfrequenzbelastung)

- psychisch stabil  in psychiatrischer Behandlung  ja  nein
- psychisch labil  in psychotherapeutischer Behandlung  ja  nein
- sensibel

Dauermedikationen .....

.....

Sonstige Krankheiten .....

.....