

**Blutbild-Untersuchung  
als Indikator für EMF-Einwirkungen  
in \_\_\_\_\_**

Code-Nr.

**Erwachsene**

## **Einverständniserklärung**

Hiermit stimme ich der Blutentnahme zum Zweck der Bestimmung des Blutbildes mit Reticulocyten und ggf. Melatonin zu.

Ich entbinde Herrn/Frau Dr. \_\_\_\_\_, das auswertende Labor und die Mitglieder der Initiative von allen Haftungsansprüchen, die aus der Blutentnahme und den daraus resultierenden Ergebnissen entstehen können.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

1. die Verantwortung für Folgeuntersuchungen und ärztliche Beratung bei mir selbst liegt
2. die o.g. Ärzte die Daten aus den Testergebnissen für statistische Zwecke nutzen können, vorausgesetzt mein Name wird in den statistischen Auswertungen nicht verwendet.

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Wohnort: .....

Telefon: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# Fragebogen zur Bemessung der individuellen Empfindlichkeit auf hochfrequente elektromagnetische Strahlung

Copyright 2001 Dr. Markus Gerum

## Teil A

- 1) Wie alt sind Sie? ..... Jahre
- 2) Geschlecht?        \_ weiblich                    \_ männlich
- 3) Wie leben Sie?  
\_ allein                \_ mit Partner                \_ mit Familie
- 4) Welchen Beruf üben Sie aus? .....  
durchschnittl. Arbeitsstunden / Tag?        \_ tags ..... Stunden        \_ tags / nachts
- 5) Wo verbringen Sie den vorwiegenden Teil Ihrer Zeit?  
\_ zu Hause                \_ am Arbeitsplatz        \_ unterwegs
- 6) Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?  
\_ überwiegend gesund        \_ gewisse Empfindlichkeit        \_ sehr anfällig, krank
- 7) Wie häufig suchen Sie durchschnittlich pro Jahr einen Arzt auf?  
\_ bis 2 mal                \_ bis 5 mal                \_ bis 10 mal                \_ öfter
- 8) Sind Sie allgemein empfindlich für äußere Einflüsse (Wetterfühligkeit, Geräusche, Gerüche...)?  
\_ ja                        \_ gelegentlich                \_ sehr unempfindlich
- 9) Reagieren Sie sensibel auf elektromagnetische Felder?  
\_ ja        seit wann? .....                \_ nein                        \_ nicht bekannt
- 10) Benutzen Sie ein Schnurlostelefon (DECT – Technik) oder Handy?  
\_ ja        seit wann? .....                \_ nein                        \_ nicht bekannt  
\_ nicht mehr                seit wann? .....
- 11) Sind Sie der Strahlung von Schnurlostelefonen in Arbeits- oder Wohnbereichen ausgesetzt?  
\_ ja        seit wann? .....                \_ nein                        \_ nicht bekannt  
          wie viele Stunden/Tag?.....  
\_ nicht mehr                seit wann? .....

## Teil B

- 12) Hatten Sie schon einmal oder haben Sie in einem der folgenden Organsysteme ärztlich diagnostizierte Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Gehirn, Nervensystem	<input type="checkbox"/> Magen, Darmtrakt	<input type="checkbox"/> Augen, Ohren
<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Mund, Rachen	<input type="checkbox"/> Leber, Galle
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Niere, Blase	<input type="checkbox"/> Nase, Nebenhöhlen, Lungen
<input type="checkbox"/> Genitalsystem	<input type="checkbox"/> Herz, Kreislauf	<input type="checkbox"/> Knochen, Gelenke, Sehnen
<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Muskulatur	<input type="checkbox"/> Lymphsystem
<input type="checkbox"/> Haut		



18) Gibt es Umstände, die Ihre Beschwerden verstärken?

ja  nein

welche?

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

19) Fühlen Sie sich durch diese Beschwerden beeinträchtigt?

nein  kaum  erträglich  erheblich  sehr stark

20) Waren Sie schon einmal oder sind Sie ernsthaft erkrankt?

ja  nein

welche Erkrankung?.....

21) Sind die Folgen dieser Erkrankung spürbar?

ja  nein  wieder, seit .....

22) Leiden Sie an einer Allergie oder Unverträglichkeit?

ja  seit wann?.....  nein  nicht bekannt

gegen was (z.B. Nahrungsmittel, Metall, ...)

.....  
.....

23) Wurde bei Ihnen eine Belastung mit Umweltgiften (Schwermetalle, Pflanzenschutzmittel usw.) festgestellt?

ja  nein  nicht untersucht

welche?.....

.....

24) Befanden oder befinden sich in Ihrem Körper künstliche Stoffe oder Geräte (Prothesen, Implantate, Herzschrittmacher, Amalgam, usw.)?

ja  nein  nicht mehr seit.....

welche?.....

.....  
.....

25) Traten Beschwerden während dem vorübergehenden Vorhandensein solcher Stoffe oder Geräte in Ihrem Organismus auf?

ja  nein  nicht sicher

26) Stand das Einbringen oder Entfernen dieser Stoffe im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden oder deren Veränderungen (auch Wochen danach möglich)?

ja  nein  nicht sicher

Bitte ergänzen Sie hier nach Durchsicht des gesamten Fragebogens Ihnen zu diesem Abschnitt wichtig erscheinende Fakten, die durch die obigen Fragen nicht ausreichend erfasst wurden oder die Ihres Erachtens besonderer Betonung bedürfen.

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

(bei Bedarf Rückseite verwenden!)



39) Auf welche Quellen führen Sie diese Belastung zurück?

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

40) Wie beurteilen Sie die Belastung durch elektromagnetische Felder in den übrigen Räumen Ihrer Wohnung?  
\_ keine \_ sehr gering \_ gering \_ mäßig \_ eher hoch \_ hoch \_ sehr hoch

41) Welche Räume sind davon betroffen?

.....  
.....

42) Auf welche Quellen führen Sie diese Belastung zurück?

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

43) Wie beurteilen Sie die Belastung durch elektromagnetische Felder an Ihrem Arbeitsplatz?  
\_ keine \_ sehr gering \_ gering \_ mäßig \_ eher hoch \_ hoch \_ sehr hoch  
\_ nicht beschäftigt

44) Auf welche Quellen führen Sie diese Belastung zurück?

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

45) Haben Sie bereits Maßnahmen zur Verringerung der Belastung getroffen?

\_ ja \_ nein  
folgende.....

.....

46) Hat sich Ihr Befinden durch diese Maßnahmen verbessert?

\_ ja, messbar \_ ja \_ nicht deutlich \_ nein \_ keine in Punkt 45

45) Leiden in Ihrer Umgebung Personen in einem auffälligen zeitlichen Zusammenhang an Beschwerden, die durch das selbe elektromagnetische Feld hervorgerufen sein könnten, wie das, dem auch Sie ausgesetzt sind?

\_ ja \_ nein \_ nicht bekannt

### Teil D

46) Wie stehen Sie der Einführung neuer Technologien gegenüber?

\_ sehr positiv \_ offen \_ egal \_ eher misstrauisch \_ sehr skeptisch

47) Wie stehen Sie der Einführung unserer Mobilfunktechnologie gegenüber?

\_ sehr positiv \_ offen \_ egal \_ eher misstrauisch \_ sehr skeptisch

48) Warum nehmen Sie an dieser Befragung teil?

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

(bei Bedarf Rückseite verwenden!)