

Fragebogen zur Bewertung von Krankheitssymptomen im Zusammenhang mit Mobilfunk

Vorabzug, Änderungen vorbehalten

Teil 1 - vom Probanden auszufüllen

Leerfelder bitte ankreuzen, bzw. mit Blockbuchstaben / Zahlen ausfüllen

1. Identifikationsnummer _____
2. Geschlecht _____ Mann _____
3. Alter _____ Jahre _____
4. Beruf _____

Leiden Sie unter nachstehenden Auffälligkeiten? Wenn ja, kreuzen Sie bitte die Intensität auf der abgebildeten Skala von 0 (trifft nicht zu) bis 3 (trifft völlig zu) an und geben den Zeitraum in Monaten/Jahren an

Ich leide an:	trifft nicht zu				trifft völlig zu	
	0	1	2	3	seit __ Monater	seit __ Jahren
5. Allgemeines Abgeschlagenheitsgefühl						
6. Müdigkeit						
7. Antriebslosigkeit						

Ich leide an:	trifft nicht zu				trifft völlig zu	
	0	1	2	3	seit __ Monater	seit __ Jahren
8. Schlafstörungen						
9. Hormonstörungen						
10. Menstruationsstörungen						
11. Stoffwechselstörungen						
12. Appetitstörungen						

Ich leide an:	trifft nicht zu				trifft völlig zu	
	0	1	2	3	seit __ Monater	seit __ Jahren
13. Bluthochdruck						
14. Kreislaufstörungen						
15. Durchblutungsstörungen						
16. Herzrhythmusstörungen						
17. Unruhezustände						

Ich leide an:	trifft nicht zu				trifft völlig zu	
	0	1	2	3	seit __ Monater	seit __ Jahren
18. Kopfschmerzen						
19. Gliederschmerzen						
20. Bauchschmerzen						
21. Magen-, Darmbeschwerden						
22. Rückenschmerzen						
23. Nervenschmerzen						
24. Brechreiz, Übelkeit						
25. Schwellungen (Lymphknoten, Augenlider)						
26. Zahnprobleme						

Ich leide an:		trifft nicht zu				trifft völlig zu	
		0	1	2	3	seit __ Monater	seit __ Jahren
27	Allergien						
28	Heuschnupfen						
29	Hautausschlag, Hautveränderungen						
30	Haarausfall						
31	gehäufte Infekte						
32	Entzündungen						
33	Sehstörungen						
34	Hörstörungen						
35	Augenreizungen						
36	Gangstörungen						

Ich leide an:		trifft nicht zu				trifft völlig zu	
		0	1	2	3	seit __ Monater	seit __ Jahren
37	Nervosität, innere Unruhe						
38	Überreiztheit, Reizbarkeit						
39	Konzentrationschwäche						
40	ADS-Syndrom bei Kindern						
41	Lernstörungen						
42	Schwindel						
43	Neuralgische Beschwerden						
44	Depression						

Ich leide an:		trifft nicht zu				trifft völlig zu	
		0	1	2	3	seit __ Monater	seit __ Jahren
45	Krebserkrankungen						
	Wenn ja, welche?						

Ich leide an:		trifft nicht zu				trifft völlig zu	
		0	1	2	3	seit __ Monater	seit __ Jahren
46	Kinderlosigkeit/Impotenz						
47	Fehlgeburten						
48	Plötzlicher Kindstod						

Ich leide an:		seit __ Monater		seit __ Jahren	
49	Herzinfarkt		Ja		Nein
50	Schlaganfall		Ja		Nein
51	Thrombose		Ja		Nein
52	Alzheimer		Ja		Nein
53	Epilepsie		Ja		Nein
54	Parkinson Symptome		Ja		Nein

sehr gut schlecht

1 2 3 4 seit Monaten seit Jahren

55	Wie stufen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
----	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--

56	Bestehen bei Ihnen sonstige Erkrankungen, die nicht aufgeführt sind? Wenn ja, wie lange bestehen diese?						

57	Sehen Sie einen Zusammenhang ihres persönlichen Zustandes mit einer Mobilfunkbelastung?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	weiss nicht
----	---	--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	-------------

sehr gut schlecht

1 2 3 4

58	Wie gut sind Sie über die Auswirkungen der Strahlenbelastung durch Handys und Sendemasten informiert? (Skala von 1 bis 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

59	Glauben Sie, das durch Strahlenbelastung gesundheitliche Schäden hervorgerufen werden können?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
----	---	--------------------------	----	--------------------------	------

Fragebogen zur Bewertung von Krankheitssymptomen im Zusammenhang mit Mobilfunk

Teil 2 - vom Baubiologen auszufüllen

60	Wie lange benutzen Sie Ihr Handy pro Tag?	_____
61	Wie viele Jahre benutzen Sie schon ein DECT-Telefon?	_____
62	Wie lange benutzen Sie ein DECT-Telefon am Tag?	_____
63	Wie lange arbeiten Sie pro Tag an einem Computer?	_____
64	Benutzen Sie ein drahtloses Netzwerk (z.B. WLAN)?	_____

	Steht eine Mobilfunksendeanlage in Ihrer Umgebung?	_____
65	In welcher Entfernung steht diese?	_____
66	Wie lange wohnen Sie gegenüber der Mobilfunksendeanlage?	_____

	Steht eine Hochspannungsleitng in Ihrer Umgebung?	_____
77.	In welcher Entfernung steht diese?	_____
78.	Wie lange wohnen Sie gegenüber der Hochspannungsleitung?	_____

	Haben Sie ein Transformator in Ihrer Nähe?	_____
80.	In welcher Entfernung steht dieser?	_____
81.	Wie lange wohnen Sie gegenüber der Transformatorstation?	_____