

**Blutbild-Untersuchung
als Indikator für EMF-Einwirkungen
in _____**

Code-Nr.

Kind

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

Konzentrations-, Gedächtnisstörung	-	-	-	-
Schlafstörungen	-	-	-	-
Wetterfühligkeit	-	-	-	-
Kopfschmerz	-	-	-	-
Schwindel, Benommenheit	-	-	-	-
Zuckungen, Unruhe	-	-	-	-
Sehstörungen, Augenreizungen	-	-	-	-
Ohrgeräusche, Gehörminderung	-	-	-	-
Herzrhythmusstörung, -schmerzen	-	-	-	-
Kreislaufstörungen	-	-	-	-
Atembeschwerden	-	-	-	-
Magen-Darmbeschwerden	-	-	-	-
Zyklusstörungen, -Beschwerden	-	-	-	-
Unfruchtbarkeit	-	-	-	-
Rücken-, Gelenkschmerzen	-	-	-	-
Verspannungen	-	-	-	-
Muskelschwäche, Zittern	-	-	-	-
Muskelschmerzen, Krämpfe	-	-	-	-
Hautsymptome	-	-	-	-
Appetitstörungen	-	-	-	-
Schweiß, Hitzewallungen	-	-	-	-
Müdigkeit, Abgeschlagenheit	-	-	-	-
Krankheits-Infektanfälligkeit	-	-	-	-
Sonstige Beschwerden	-	-	-	-

12) Beschreiben Sie, falls nötig, das Wesentliche seiner Beschwerden mit eigenen Worten

.....

.....

.....

.....

13) Seit wann bestehen die Symptome (z.B. Geburt 1/83, Wohnungswechsel 11/97, seit 2/01 usw.)?

.....

.....

.....

14) Gab oder gibt es Umstände oder Ereignisse, die als Auslöser für seine Beschwerden in Betracht kommen?

ja nein nicht bekannt

welche?.....

.....

.....

15) Hat sich das Gesamtbefinden seit dem Auftreten der geschilderten Beschwerden grundlegend verändert?

ja nein

16) Gibt es Umstände, die die Beschwerden verstärken?

ja nein

welche?.....

.....

.....

.....

17) War das Kind schon einmal ernsthaft erkrankt?

ja nein

welche Erkrankung?.....

18) Sind die Folgen dieser Erkrankung spürbar?

ja nein wieder, seit

19) Leidet es an einer Allergie oder Unverträglichkeit?

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

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

.....
.....

20) Wurde bei ihm eine Belastung mit Umweltgiften (Schwermetalle, Pflanzenschutzmittel usw.) festgestellt?

ja nein nicht untersucht

welche?.....

.....

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

ja nein nicht mehr seit.....

welche?.....

.....

.....

22) Traten Beschwerden während dem vorübergehenden Vorhandensein solcher Stoffe oder Geräte in seinem Organismus auf?

ja nein nicht sicher

23) 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!)

Teil C

24) Fühlen Sie sich durch Lärm und / oder Luftschadstoffe in Ihrer Umgebung belastet?

Lärm nein kaum erträglich erheblich sehr stark

Luftschadstoffe nein kaum erträglich erheblich sehr stark

25) Fühlen Sie sich durch Schadstoffe innerhalb Ihrer Wohnung belastet?

nein kaum erträglich erheblich sehr stark

- 26) Denken Sie, das Kind ist durch elektrotechnische Einrichtungen oder Geräte belastet?
 Haushaltsgeräte oder Installationen;
 nein kaum erträglich erheblich sehr stark
 Geräte oder Installationen außerhalb des Hauses:
 nein kaum erträglich erheblich sehr stark
 Geräte oder Installationen am Arbeitsplatz
 nein kaum erträglich erheblich sehr stark

- 27) War das Kind schon einmal in seinem Leben elektromagnetischer Strahlung ausgesetzt, unter deren Einwirkung es bei ihm zu körperlichen oder geistigen Symptomen kam?
 ja nein nicht bekannt
 welche?..... Dauer?.....
 wie lange war es der Strahlung ausgesetzt?

- 28) Denken Sie, das Kind ist durch Sendeanlagen in der Nähe belastet?
 nein kaum erträglich erheblich sehr stark

- 29) Um welche Art von Sendeanlagen handelt es sich dabei?
 Fernsehsender Amateurfunksender
 Radiosender Rundrufsender (z.B. Scall)
 Betriebsfunksender Mobilfunksender
 welches Netz/Betreiber ?

- 30) Wann wurde die Sendeanlage in Betrieb genommen?
 vor nicht bekannt noch nicht

- 31) Wann haben Sie zum ersten Mal eventuelle Beschwerden im Zusammenhang mit Sendestrahlung gesehen?
 vor noch nicht

- 32) Wie weit steht die Sendeanlage von der Wohnung des Kindes entfernt?
 unter 50 Meter 200 – 400 Meter
 50 – 100 Meter 400 – 600 Meter
 100 – 200 Meter über 600 Meter

- 33) Haben Sie Kenntnisse über die Sendeleistung (Stärke) dieser Anlage?
 ja, Watt nein

- 34) Haben Sie eine Messung der elektromagnetischen Felder in der Wohnung vornehmen lassen?
 ja, nein
 Ergebnis.....

- 35) Wie beurteilen Sie die Belastung durch elektromagnetische Felder an seinem Schlafplatz?
 keine sehr gering gering mäßig eher hoch hoch sehr hoch

- 36) Auf welche Quellen führen Sie diese Belastung zurück?

- 37) Wie beurteilen Sie die Belastung durch elektromagnetische Felder in den übrigen Räumen der Wohnung?
 keine sehr gering gering mäßig eher hoch hoch sehr hoch

