

Fragebogen für Mobilfunkgeschädigte

Das h.e.s.e. Project bzw. die unabhängige Wissenschaftsorganisation ICRESERVE (Internationales Komitee zur Erforschung der Wirkungen elektromagnetischer Felder auf biologische Systeme und die Umwelt) bittet alle Menschen, die bereits oder vermutlich unter den Folgen von Mobilfunkstrahlung leiden/dadurch erkrankt sind, folgenden Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden oder sich zu melden bei:

h.e.s.e. Project
Arbeitsbereich neue Technologien
Arbeitsgruppe EMF/Mobilfunk
Postfach 1306
36198 Rotenburg/Fulda

Herr Matz
Tel. 06623 - 410638
Fax: 06623 - 44114
e-mail: heseproject@uni.de
www.heseproject.org

Datenschutzhinweis: Die Angaben werden ausschliesslich für statistische und wissenschaftliche Zwecke des h.e.s.e.-Projects bzw. ICRESERVE verwendet.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung und herzliche Grüsse vom h.e.s.e.-Project.

I. Personen & Adressen

1. Wichtige Aufenthaltsorte (wichtig in Bezug auf Basisstationen in der Umgebung)

	A. Wohnung	B. Arbeit/Schule	C. Weiterer Aufenthalt
VON, AN	<input type="text"/>		<input type="text"/>
BLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Epost	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Wieviele Personen gehören zum jeweiligen Aufenthaltsort? Alter und Geschlecht (m/w)

A. Wohnung m/w / B. Arbeit/Schule / C. Weiterer Aufenthalt /

3. Wie lange sind Sie am jeweiligen Aufenthaltsort durchschnittlich?

A. B. C.

4. Haben Sie über Ihre Symptome mit einem Arzt gesprochen? Ja

Nein

	C. Hausarzt	D. Facharzt	E. Weiterer Facharzt
VON, AN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Epost	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Mobilfunkbasisstationen, Gebäude & HF-Geräte

5. Entfernungen der nächsten 3 Mobilfunkbasisstationen (BS) zu ihren Aufenthaltsorten?

	A. Wohnung	B. Arbeit/Schule	C. Weiterer Aufenthalt
BS 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BS 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BS 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Höhenunterschied zu den Mobilfunkbasisstationen (in Meter, etwa)?

BS 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BS 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BS 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Wann wurde der/die Sender in etwa in Betrieb genommen?

BS 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BS 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BS 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Haben Sie bereits genauere Daten zu Mobilfunkbasisstationen bei Ihrem Umweltamt bzw. RegTP den Mobilfunkbetreibern oder im Internet eingeholt? - Nein Info im Anhang

9. Gibt es TV / Rundfunksender oder Polizeifunk in Ihrer Nähe? Seit wann ?

10. Gibt es in Ihrer Nähe Hochspannungsleitungen oder eine Bahntrasse? In welcher Entfernung?

11. Gibt es vor Ihrer Wohnung eine Strassenlaterne? Bitte mit kurzer Formbeschreibung.

12. Wohnen Sie in einem massiven Haus oder in einem Fertighaus ?

13. Haben Sie dort normales Fensterglas oder Wärmeschutzglas ?

13. Aus welchen Zimmern besteht Sichtkontakt zu einem Sender ?

14. Welche dieser technischen Geräte sind vorhanden/werden benutzt ?

	Eigene	Nachbarn	Mitarbeiter
Handy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DECT-Telefon (= schnurlos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrowelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluetooth / kabellose Computergeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wieviele Stunden arbeiten Sie täglich am Computer?

16. Wieviele Minuten am Tag telefonieren/ten Sie etwa mit dem Handy?

17. Ihre genauer Handtyp ist:

III. Beschwerden, Krankheiten & Symptome

18. An welchen Allergien leiden Sie?

19. Wieviele Amalgamfüllungen , andere metallische Füllungen und metallische Prothesen haben Sie?

20. Kennen Sie weitere Personen, die Gesundheitsprobleme mit Mobilfunk haben? Welche Probleme ?
Bei Interesse der Person/en Adresse & Telefonnummer bitte auf ein Extrablatt

21. Ihre Beschwerden, Krankheiten & Symptome, seit wann sind diese aufgetreten (und bei wem)?
Benutzen Sie bei Bedarf weitere Seiten