

Alle Angaben werden aus Gründen des Datenschutzes vertraulich behandelt und bei der Erstellung von Statistiken nur anonym weiterbehandelt ! Ein Hinweis vorweg: Fragen die Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie bitte einfach aus.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr

Dr. med. Hans-Christoph Scheiner
 Franz-Wüllner-Strasse 39
 81247 München
 Tel: (089) 885 222 Fax: (089) 820 4228

www.drscheiner-muenchen.de
info@drscheiner-muenchen.de

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Alter: _____ **Beruf:** _____
Gewicht: _____ **Größe:** _____
Tel. : _____
Fax.: _____
Email: _____

Fragebogen

1. **Befindet sich eine Mobilfunkantenne auf dem Dach:
 Nennen Sie, falls bekannt, die Mobilfunk- Anbieter des
 Antennenstandortes auf Ihrem Dach.**

		D-Netz T-Mobile Vodafone	E-Netz E-Plus	UMTS	Sonstige
Auf dem Dach Ihres Wohnhauses	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Dach Ihres Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Dach Ihrer Schule/ Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Seit wann haben Sie eine Mobilfunkantenne auf dem Dach?**

	Datum	Anzahl
Ihres Wohnhauses	_____	_____
Ihres Arbeitsplatzes	_____	_____
Ihrer Schule/ Kindergarten	_____	_____

3. Wie viele Stunden verbringen Sie täglich

in Ihrer Wohnung	.....Stunden
An ihrem Arbeitsplatz	.....Stunden
in Ihrer Schule/Kindergarten	.....Stunden

(4. entfällt)

5. Existieren Mobilfunkantennen in der Nähe. Kreuzen Sie, falls bekannt, die vorhandenen Funkssysteme an.

		D-Netz T-Mobile Vodafone	E-Netz E-Plus	UMTS	Sonstige
In der Nähe Ihres Wohnhauses	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Nähe Ihres Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Nähe Ihrer Schule/ Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(6. entfällt)

7. Wie weit sind die nächstgelegene Mobilfunkantennen (nicht auf dem eigenen Dach) entfernt von

	Entfernung?	Seit wann in Betrieb? (Datum)	Anzahl?
Ihrem Wohnhaus	.....m		
Ihrem Arbeitsplatz	.....m		
Ihrer Schule/ Kindergarten	.....m		

8. Haben Sie freien Sichtkontakt zur Mobilfunkantenne bzw. Sendeanlage?

von Ihrer Wohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
von Ihrem Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
von Ihrer Schule/ Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9. In welchem Stock befindet sich

	Stockwerk	Gesamtzahl der Stockwerke des betreffenden Gebäudes
Ihre Wohnung		
Ihr Arbeitsplatz		
Ihr Klassenzimmer/ Kindergarten?		

10. Sind Sie Handy-Nutzer ja nein **Seit wann (Datum)?** _____

11. Haben Sie ein Schnurlostelefon nach dem DECT-Standard oder sonstige drahtlose Kommunikationsanlagen (Wireless LAN, Bluetooth)?

		DECT	WLAN	Bluetooth	Seit wann (Datum)
in Ihrer Wohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
in Ihrer Nachbarwohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
an Ihrem Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
in Ihrer Schule/Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11.a Wurde kürzlich eine oder mehrere der unter Frage 11 genannten Anlagen außer Betrieb genommen?

		DECT	WLAN	Bluetooth	Seit wann (Datum)
in Ihrer Wohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
in Ihrer Nachbarwohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
an Ihrem Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
in Ihrer Schule/Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Wie viele Minuten telefonieren Sie durchschnittlich täglich

mit dem Handy	.....min
mit einem DECT- Schnurlostelefon	.....min
mit einem Schnurlostelefon nach dem CT 1+ Standart	.....min
Wie lange ist täglich Ihr WLAN aktiv?	.....min
Wie lange ist täglich Ihr Bluetooth aktiv?	.....min

13. Haben Sie bereits eine Vermessung auf Hochfrequenzen, Niederfrequenzen oder geopathische Störungen vorgenommen ?

		Hochfrequenz	Niederfrequenz	geopathische Störungen
in Ihrer Wohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an Ihrem Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ihrer Schule/Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schicken Sie uns bitte, falls vorhanden Fotokopien Ihrer Messprotokolle zu.

- 13.a**
- | | | |
|---|------------|---|
| | Seit wann? | Mit Erfolg? |
| Haben Sie abgeschirmt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Haben Sie Ihren Schlafplatz verändert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Wenn ja wie?..... | | |
| | | |
| Haben Sie eine Netzfreeschaltung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht |

13.b Befinden sich in Ihrer Nähe:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ihrer Wohnung	Ihres Arbeitsplatzes	Ihrer Schule/Kindergarten	Entfernung	Seit wann (Datum)
Hochspannungsleitungen/ Überlandleitungen					
Trafostationen					
Bahnstrom / Straßenbahn					
Bahnfunk					
Polizeifunk / Behördenfunk					
Militärfunk					
Radaranlage					
Ein Flughafen (innerhalb von 10km)					

13.c Leben Sie im Erdgeschoss über einer Kellerhauptstromleitung?
 ja nein Wenn ja, seit wann?

13.d Welche Maßnahmen, den hoch- und/oder niederfrequenten Elektrosmog betreffend, haben Ihnen bisher geholfen (Abschirmung, Therapien)?

.....

.....

.....

.....

13.e Haben sich Ihre Symptome beim Ortswechsel an einen belastungsfreien Ort (ohne Mobilfunkstrahlung) verändert?
(z.B. im Urlaub, auf Reisen, Umzug / Wohnungswechsel etc.)

ja nein

Wenn ja, wann?, und in welchem Ausmaß?
Können Sie prozentuale Angaben machen?
Symptomverbesserung _____ %
Symptomverschlechterung _____ %

Bitte kurze Schilderung!

14. Sind Sie elektrosensibel? ja nein Wenn ja, seit wann?

15. Haben Sie ein Haustier ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Haustier Anzeichen von Gesundheits- oder Verhaltensstörungen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, seit wann?
Wenn ja welche?	.....

15.a Haben Sie Auffälligkeiten bei Ihren Zimmerpflanzen festgestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann?.....	
bei Bäumen und Sträuchern um benachbarte Mobilfunkantennen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann?.....	

16. Gab oder gibt es schwere Erkrankungen in Ihrer Wohngegend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja seit wann?	
Wenn ja : Traten verschiedene Erkrankungen gehäuft auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche und wie oft?	.....

17. Gab es vermehrt Todesfälle in Ihrer Wohngegend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja seit wann ?.....	
Wenn ja : Traten verschiedene Todesursache(n) gehäuft auf ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche und wie oft?	.....

18. Sind Sie vermehrt Umweltbelastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruflich und Privat.	
(z.B. Formaldehyd, Lösungsmittel, Dämpfe, Lacke, Schwermetalle, Spritzmittel, Pestizide und andere)	
Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen.....	
.....	
.....	
.....	

**19. Wurden Sie in den letzten Monaten von entscheidenden /
eingreifenden Schicksalsschlägen betroffen?**

ja nein

wann

z.B: Arbeitslosigkeit,
 finanzielle Krise,
 Umzug,

Tod oder Verlust eines nahestehenden Menschen, Scheidung,
 durch anderweitige Schicksalsschläge

zutreffendes bitte unterstreichen oder
ergänzen.....

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

Leiden Sie unter:	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten (1-8x pro Jahr) 2=manchmal (>4x/Monat) 3=häufig (1-4x/Woche) 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kopfdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allgemeinem Unwohlsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gereiztheit / Aggressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Depressionen/depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Unruhe/Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
chronische Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Müdigkeit / Antriebsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mutlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gedächtnisstörungen / Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
verlangsamte Reaktionsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Orientierungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wortfindungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hyperaktivität / ADS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lernstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ohrgeräusche / Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hörverlust/Hörsturz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten 2=manchmal 3=häufig 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
Vermehrte Infektbereitschaft (Schnupfen, Grippe, Halsentzündung, Nasennebenhöhlen- Entzündungen, Bronchitis, Brechdurchfall, Nieren- u. Blasenentzündung, Unterleibsentzündungen, Hautentzündungen oder -Eiterungen) Entsprechendes unterstreichen oder ergänzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Krebs genaue Bezeichnung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Metastasierung genaue Bezeichnung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leukämie genaue Bezeichnung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wärmegefühl am Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wärmegefühl an anderen Körperpartien Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bluthochdruck (Hypertonie) <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> labil niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kollapsneigung (Kreislaufprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Angina pectoris (durchblutungsbedingte Herzschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Krampfanfälle/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Atemstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Magen-Darmstörungen. Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Libido- und Potenzstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Unfruchtbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwangerschaftsabbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten 2=manchmal 3=häufig 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
geburtliche Fehlbildungen (Bei einem Ihrer Kinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wachstumsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Blutbildveränderungen (wenn möglich Kopie beifügen) Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autoimmunerkrankungen oder Reaktionen Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Panikattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rheuma/Gelenk- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Augenerkrankungen Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Verengung des Sichtfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Probleme der Haut oder Haare Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sensibilitätsstörungen der Haut (Empfindungs-Irritationen, Kribbeln, Wärme, Brennen, Jucken etc. entsprechendes unterstreichen oder ergänzen.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige Symptome (hormonelle Probleme, Knochen- und Muskelschmerzen) Entsprechendes bitte unterstreichen oder ergänzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schilddrüsenerkrankungen. Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
vergrößerte Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwer heilende Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergien Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstigen schweren Krankheiten Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Haben Sie Zahnmetalle, z.B. Amalgam, Goldinlays, Titan, Paladium und andere Metalle (entsprechendes unterstreichen oder ergänzen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten 2=manchmal 3=häufig 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
Haben Sie kürzlich eine Zahnsanierung vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hat eine Amalgamausleitung stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wurden unmittelbar nach der Amalgamentfernung Kunststofffüllungen eingesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Haben Sie Kunststofffüllungen, Versorgung mit Keramik, etc. (entsprechendes unterstreichen oder ergänzen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wie viel?..... und wie oft?.....					
Essen Sie vermehrt Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Essen Sie vermehrt Schokolade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vermeehrt dunkle Schokolade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sind Sie auf Grund einer von im Fragebogen angegebenen Beschwerden berufsunfähig geworden? Durch welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wie viel Prozent Berufsunfähigkeit?					
Nehmen Sie Medikamente ein (auch Hormone)? Wenn ja welche, wie oft und wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein (Vitamine, Mineralien, Melatonin, sonstiges). Wenn ja welche, wie oft und wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wie ernähren Sie sich? Normale Kost Vegetarisch Glutenfreie Kost sonstige Kost mit überwiegend biologischen Produkten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

