



Leiden Sie, Mitglieder Ihres Haushaltes oder Nachbarn (Angaben nur mit deren Einwilligung!) auffällig unter einem oder mehreren der folgenden Symptome?

Schlafstörungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Nachtschweiß	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Kopfschmerzen/Migräne	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
fieberhafte Zustände	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Nervosität	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Schwindel, Benommenheit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Kreislaufprobleme	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Allergien/Jucken/Ausschlag/Haarausfall	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Unruhe, Reizbarkeit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Hyperaktivität (bei Kindern)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Lernstörungen (bei Kindern)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Wachstumsstörungen (bei Kindern)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Müdigkeit/Erschöpfung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Depressionen/Aggressionen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Antriebslosigkeit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
sonstige psychische Störungen (welche?)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Potenz-/Fruchtbarkeitsstörungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Übelkeit, Unwohlsein	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Gedächtnisprobleme (Kurzzeit/Langzeit)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Sehstörungen (Grauer Star)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Konzentrationsschwierigkeiten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Hörstörungen (Tinnitus etc.)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
erhöhter Blutdruck	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
höhere Krankheitshäufigkeit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Herzrhythmusstörungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Herzinfarkt	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Schlaganfall	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Thrombosen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Tumoren/Krebs/Leukämie	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____
Schmerzen (welche? Knochen, Muskeln, Gelenke, Nerven)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit _____

andere Symptome (Beschreibung) / hat Sie Ihr Arzt ernst genommen?



Bürgerinitiative „Das Leben befreien“
Erhebung Elektrosmog 2005
Seite 3 von 3

Möchten Sie weitere oder andere Beobachtungen schildern, die Sie im Zusammenhang mit Sendemasten, DECT-Telefonen, Handys etc. gemacht haben? Sind Sie am Arbeitsplatz erhöhter Strahlung ausgesetzt?

Benutzen Sie einen Mikrowellenherd? ja nein seit _____

Wie oft benutzen Sie die Mikrowelle? täglich mehrmals
einmal täglich
einige Male pro Woche
andere Angabe _____

Haben Sie Beobachtungen von gesundheitlicher Beeinträchtigung gemacht, nachdem Sie oder Ihre Familie Nahrung zu sich genommen haben, die in der Mikrowelle aufgetaut / aufgewärmt / zubereitet wurde? Haben Sie körperliche Beeinträchtigungen während des Betriebes des Gerätes beobachtet? Wenn ja, welche?

Ich erkläre mich mit der statistischen Auswertung dieses Fragebogens durch die Bürgerinitiative „Das Leben befreien“ einverstanden. Unter Wahrung meiner Anonymität dürfen die obenstehenden Angaben an die Verantwortlichen von Politik und Industrie weitergegeben werden, um ein Umdenken und eine technische Neuorientierung in Gang zu setzen.

Datum, Unterschrift

Rücksendung an: Tomas Eckardt, Winkeler Str. 9, 65197 Wiesbaden

Wir danken herzlich für Ihre Mitarbeit für die Natur und Ihre Gesundheit!