

# Fragebogen Anmeldung

Institut für Umweltmedizin  
Luzern  
Pathologisches Institut  
Kantonsspital

6000 Luzern 16

Hiermit erhalten Sie meine Anmeldung zur  
Ärztlichen Sprechstunde Mobilfunk und Gesundheit.

Datum

Unterschrift

## Hinweise zum Ausfüllen der Anmeldung

Die Ärztliche Sprechstunde: Mobilfunk und Gesundheit ist eine Einrichtung des Instituts für Umweltmedizin Luzern und der Stiftung Mobilkommunikation und Umwelt. Wir bieten kostenlos ärztliche Beratung an für Personen, die vermuten, dass sie von elektromagnetischen Feldern (EMF), zum Beispiel Mobilfunk, körperlich und/oder psychisch beeinträchtigt werden. Jede Meldung wird von einer Ärztin oder einem Arzt beantwortet.

Wir haben mehrere Ziele:

- Die Ratsuchenden sollen bezüglich der angegebenen mit einer möglichen EMF-Exposition in Verbindung gebrachten Beschwerden ärztlich beraten werden. Der Hausarzt soll hierbei einbezogen werden.
- Die gewonnenen Daten können allenfalls Grundlage dafür bieten, eine dauerhafte ärztlich-wissenschaftliche Anlaufstelle für Personen einzurichten, die unter elektrischen, magnetischen oder elektromagnetischen Feldern leiden. Es sollen Strategien zur Vermeidung und Therapie der berichteten Beschwerden entwickelt werden.
- Die gewonnenen Daten sollen in anonymisierter Form wissenschaftlich aufbereitet und den Entscheidungsträgern in Behörden, Verbänden, Industrie und der Ärzteschaft zur Verfügung gestellt werden, damit die Ergebnisse in relevante Entscheidungsprozesse einfließen können.

Die zugesandten Meldeformulare werden in einer Datenbank erfasst. Die Datenbank ist geschützt und es haben nur Mitarbeiter der Beratungsstelle Zugang, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Auswertungen der gewonnenen Daten erfolgen in anonymer Form, so dass kein Rückschluss auf Einzelpersonen möglich ist. Entsteht durch die Meldung ein Handlungsbedarf vor Ort, so geschieht dies in vorheriger Absprache mit den Betroffenen und dem Hausarzt. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Anonyme Meldungen werden nicht bearbeitet. Bitte achten Sie darauf, die Eingabefelder zur Person und zur Kontaktaufnahme vollständig und leserlich auszufüllen.

Unspezifische Meldungen von Gruppen werden nicht bearbeitet. Falls z.B. in der Nachbarschaft mehrere unabhängige Personen von der gleichen Feldquelle betroffen sind, dann veranlassen Sie, dass jede Person eine separate Meldung mit der präzisen Schilderung ihres Gesundheitszustands ausfüllt.

Mit Ihrer Meldung an die Ärztliche Sprechstunde stimmen Sie zu...

... dass die von Ihnen gemachten Angaben elektronisch erfasst und anonymisiert ausgewertet werden,

... dass wir Sie schriftlich, telefonisch oder per E-Mail beraten und allenfalls durch weiterführende Befragungen den von Ihnen beschriebenen Beschwerden nachgehen.

Sie haben jederzeit das Recht auf Löschung Ihrer Personalien. Bitte teilen Sie uns dies schriftlich mit.

# Fragebogen

Persönliche Angaben zum Betroffenen

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Hausarzt \_\_\_\_\_

- Ich fülle diesen Meldebogen für mich selbst aus
- Ich fülle diesen Meldebogen stellvertretend aus,

Mein Name \_\_\_\_\_

Meine Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ Bitte beschreiben Sie kurz und genau, was Sie zu dieser Anfrage veranlasst:

→ Wann trat dies zum ersten Mal auf?

(Bitte Jahreszeit und Jahr nennen z.B. Herbst 1997)

\_\_\_\_\_

→ **Wie häufig treten die Beschwerden auf?**

- durchgängig    immer mal wieder    selten/gelegentlich    einmalig

→ **Würden Sie sich als elektrosensibel bezeichnen?**

- ja    nein    weiß nicht / Begriff kenne ich nicht

→ **Durch was werden die Beschwerden Ihrer Meinung nach ausgelöst?**

(Mehrfachnennung möglich)

**Sendeanlage, z.B. Mobilfunk**

Wohnen Sie in der Nähe einer Sendeanlage?    ja    nein    weiß nicht

Seit wann ist diese in Betrieb (Jahr)?   \_\_\_\_\_

Wie weit ist sie in etwa von Ihrem Haus entfernt (Meter)?   \_\_\_\_\_ (Luftlinie)

Arbeiten Sie in der Nähe einer Sendeanlage?    ja    nein    weiß nicht

**Handy (Mobiltelefon)**

Wie häufig nutzen Sie selbst ein Handy?

mindestens täglich    mindestens 1-6 mal pro Woche    seltener / nie

Seit wann nutzen Sie ein Handy?   \_\_\_\_\_ Monate

**Schnurloses Telefon**

Haben Sie in Ihrer Wohnung ein schnurloses Telefon?    ja    nein

Seit wann haben Sie dieses schnurlose Telefon (Jahr)?   \_\_\_\_\_

Wo steht die Basisstation Ihres schnurlosen Telefons?

im Schlafzimmer    im benachbarten Zimmer des Schlafzimmers

weiter entfernt

Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz ein schnurloses Telefon?    ja    nein

Seit wann haben Sie dieses schnurlose Telefon (Jahr)?   \_\_\_\_\_

Wo steht die Basisstation Ihres schnurlosen Telefons?

direkt neben mir    mehr als 3 Meter entfernt im gleichen Raum

weiter entfernt

**Elektrische Einrichtungen, z.B. Hochspannungsleitung, Transformationsanlage**

Um welche Art von Einrichtung handelt es sich genau?

Hochspannungsleitung    Transformationsanlage

Wohnen Sie in der Nähe solch einer Einrichtung?    ja    nein    weiß nicht

Wie weit ist sie in etwa von Ihrem Haus entfernt (Meter)?   \_\_\_\_\_ (Luftlinie)

**Elektrische Einrichtungen der SBB, z.B. Bahnlinie**

Wohnen Sie in der Nähe solch einer Einrichtung?    ja    nein    weiß nicht

Wie weit ist sie in etwa von Ihrem Haus entfernt (Meter)?   \_\_\_\_\_ (Luftlinie)

**Benutzung elektrischer Geräte z.B. normale Haushaltsgeräte**

Fernsehgerät    Mikrowellenherd    Funkkopfhörer    Fernbedienungen

**Benutzung elektrischer Geräte am Arbeitsplatz**

Photokopierer  Bildschirmarbeit  andere \_\_\_\_\_

**Alle Arten elektrischer, magnetischer und elektromagnetischer Felder**

(zum Beispiel sonstige Funkanlagen)

➔ **Haben Sie bereits Maßnahmen ergriffen?**

**Gespräch mit Hausarzt**

Wann haben Sie Ihren Hausarzt bezüglich der beschriebenen Probleme erstmals aufgesucht (Jahr)? \_\_\_\_\_

Wie häufig haben Sie Ihren Hausarzt insgesamt seit dem bezüglich der beschriebenen Probleme aufgesucht?  1 mal  2-5 mal  mehr als 5 mal

**Gespräch mit einem Facharzt**

Waren Sie hierfür in  einer Praxis  einem Krankenhaus

Bitte geben Sie die Fachrichtung des Arztes an: \_\_\_\_\_

Wann haben Sie diesen Facharzt bezüglich der beschriebenen Probleme erstmals aufgesucht (Jahr)? \_\_\_\_\_

Wie häufig haben Sie diesen Facharzt insgesamt seitdem bezüglich der beschriebenen Probleme aufgesucht?  1 mal  2-5 mal  mehr als 5 mal

Sind Sie zu weiteren Ärzten gegangen?  ja  nein

**Gespräch mit einer der folgenden Einrichtungen:**

Verbraucherschutz  Umweltschutzamt  Sonstigen

**Messung durchführen lassen durch:**

Baubiologen  Gewerbeaufsicht/Behörde  Konsumentenschutz  
 Energieversorger  Mobilfunkanbieter  Sonstige

➔ **Hat man mit Ihnen bzw. dem Betroffenen bereits eine Therapie oder ähnliches zur Linderung der beschriebenen Symptome durchgeführt? Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden behandelt worden?**

nein  ja, bitte beschreiben:

medikamentös, seit wann (Jahr)? \_\_\_\_\_

sonstiges, bitte beschreiben:

→ **Hat Ihnen diese Behandlung geholfen?**    ja    nein    weiß nicht

→ **Haben Sie Maßnahmen ergriffen, um Ihre eigene Belastung mit elektrischen, magnetischen oder elektromagnetischen Feldern zu reduzieren (z.B. Abschirmungen)?**

nein    ja, bitte beschreiben:

→ **Ich fühlte mich in den letzten 4 Wochen durch folgende Beschwerden belästigt:**

Bitte verwenden Sie die Spalte «wegen Elektrosmog» nur für alle mindestens «spürbaren» bis «starken» Beschwerden; kreuzen Sie «ja» an, sofern die Beschwerden Ihrer persönlichen Meinung nach auf 'Elektrosmog' zurückzuführen sind, und kreuzen Sie «nein» an, sofern Sie eine andere Ursache vermuten; lassen Sie die Spalte frei, wenn Sie keine Meinung dazu haben, ob die Beschwerden durch Elektrosmog verursacht werden oder nicht.

	nicht	kaum	spürbar	erheblich	stark	wegen «Elektrosmog»	
						nein	ja
01. Kopfschmerzen							
02. Schlafstörungen							
03. Müdigkeit							
04. Konzentrationsstörungen							
05. Mattigkeit							
06. Schwächegefühl							
07. Herzklopfen, Herzjagen							
08. Gelenk-, Gliederschmerzen							
09. Schwindelgefühl							
10. starkes Schwitzen							
11. Erbrechen							
12. Sehstörungen							
13. Übelkeit							
14. Gleichgewichtsstörungen							
15. Appetitlosigkeit							
16. Schweregefühl in Beinen							
17. Druckgefühl im Kopf							

	nicht	kaum	spürbar	erheblich	stark	wegen «Elektrosmog»	
						nein	ja
18. Gedrückte Stimmung							
19. Angstzustände							
20. Vergesslichkeit							
21. Reizbarkeit							
22. Stimmungsschwankungen							
23. Zucken des Augenlides							
24. Beklemmungsgefühl							
25. Unerklärliche Erschöpfung nach Belastung							
26. Lärmempfindlichkeit							
27. Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten							
28. Juckreiz							
29. Hautbrennen							
30. Wärmegefühl im Kopf							

**Sonstiges:**

**→ Ich leide zudem an:**

	nicht	kaum	spürbar	erheblich	stark
01. Heuschnupfen					
02. Asthma					
03. Atopisches Ekzem (Neurodermitis)					
04. Nesselsucht (Urtikaria)					
05. Lebensmittelallergie					
06. Medikamentenallergie					
07. Sonstige Allergie					
08. Chronisches Müdigkeitssyndrom					
09. Multiple Chemische Sensitivität					
10. Depressionen					
11. Tinnitus (Ohrgeräusche)					
	nein	ja			
12. Krebs					
13. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)					

14. Chronischer Kopfschmerz, Migräne					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

→ **Wir bitten um Ihre persönliche Einschätzung. Wie stark machen Sie sich wegen folgender Einflüsse auf Ihre Gesundheit Sorgen?**

	gar nicht	gering	weniger stark	stark	sehr stark
01. Elektromagnetische Felder allgemein					
02. Elektromagnetische Felder von Mobilfunk-Basisstationen					
03. Allgemeine Luftverschmutzung					
04. Verkehrslärm					
05. Mein Zigarettenrauchen / Passivrauchen					
06. Übermäßiger Alkoholkonsum					
07. Teilnahme am Straßenverkehr					
08. Verzehr von Fleisch aus unbekannter Herstellung					
09. Gentechnisch veränderte Lebensmittel					
10. Nebenwirkungen von Medikamenten					

→ **Ihr höchster Schulabschluss:**

- noch in der Schule
- Hauptschulabschluss
- Realschule / Mittlere Reife
- Matura / Fachhochschulreife
- ohne Abschluss
- sonstiger Abschluss

**Ihr höchster Berufsabschluss:**

- noch in der Ausbildung / Schule
- Lehre
- Meister
- Fachhochschule / Universität
- ohne Abschluss
- sonstiger Abschluss

→ **Ihr derzeitiger Beruf:** \_\_\_\_\_

→ **Ihr Familienstand:**

- ledig
- verheiratet
- getrennt lebend/geschieden
- verwitwet

**Ihre Wohnsituation:**

- allein lebend
- nicht allein lebend:  
Mit wie vielen Personen? \_\_\_\_\_

→ **Wie sind Sie auf diese Sprechstunde aufmerksam geworden?**

- Zeitung
- Radio/Fernsehen
- Verwandte / Bekannte
- Suche im Internet
- Selbsthilfeorganisation
- Arzt
- Sonstige

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.