**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 per Post zurückzusenden.

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

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 | _____ | _____ | _____ |
| PLZ, Ort | _____ | _____ | _____ |
| Strasse, Nr. | _____ | _____ | _____ |
| Telefon | _____ | _____ | _____ |
| Epost | _____ | _____ | _____ |

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

| | Anzahl | |
|---|---|---|
| A. Wohnung | ___ m | ____w |
| B. Arbeit/Schule | ___ m | ____w |
| C. Weiterer Aufenthalt | ___ m | ____w |

sollten diese Personen auch erkrankt sein, geben Sie bitte auch ihnen diesen Fragebogen



**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 |
|---|---|---|---|
| PLZ, Ort | _____ | _____ | _____ |
| Strasse, Nr. | _____ | _____ | _____ |
| Telefon | _____ | _____ | _____ |
| Fax | _____ | _____ | _____ |
| Epost | _____ | _____ | _____ |

**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 | _____ | _____ | _____ |
| BS 2 | _____ | _____ | _____ |
| BS 3 | _____ | _____ | _____ |

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

BS 1 _____

BS 2 _____

BS 3 _____



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

BS 1 _____

BS 2 _____

BS 3 _____

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

Ja ___ Nein ___

Wenn Ja Wo? _____-

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

Ja ____ Nein ___

Wenn Ja seit Wann? _____

In welcher Entfernung _____

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

Ja ___ Nein ___

In welcher Entfernung _____

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

Ja ___ Nein ___

Bitte mit kurzer Formbeschreibung (Bogen, Gerade u.s.w) _____



**12. Wohnen Sie in einem massiven Haus** _____

**oder in einem Fertighaus ?** _____

**wieviele Etagen** _____

**13. Haben Sie dort normales Fensterglas** _____

**oder Wärmeschutzglas ?** _____

**14. Aus welchen Zimmern besteht Sichtkontakt zu einem Sender ?**

_____

**15. Welche dieser technischen Geräte sind vorhanden/werden benutzt?**

| | Eigene | Nachbarn | Mitarbeiter |
|---|---|---|---|
| Handy | _____ | _____ | _____ |
| DECT-Telefon (= schnurlos) | _____ | _____ | _____ |
| Mikrowelle | _____ | _____ | _____ |
| Bluetooth / kabellose Computer-geräte | _____ | _____ | _____ |
| Computer | _____ | _____ | _____ |

**16. Wieviele Stunden arbeiten Sie täglich am Computer?** _____

**17. Wieviele Minuten am Tag telefonieren/ten Sie etwa mit dem Handy ?** _____

**18. Ihre genauer Handytyp ist:** _____



**III. Beschwerden, Krankheiten & Symptome**

**19. An welchen Alergien leiden Sie?**

_____

**20. Wieviele Amalgamfüllungen , andere metallische Füllungen und metallische Protesen haben Sie?**

_____

**21. Kennen Sie weitere Personen die Gesundheitsprobleme mit Mobilfunk haben? Welche Probleme ?**

_____

Bei Interesse der Person/en Adresse & Telefonnummer bitte auf ein Extrablatt

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

_____

Copyright h.e.s.e-project