

Leitfaden für den Schriftwechsel von Mobilfunckerkrankten mit den Behörden

Schreiben Sie, auch wenn es schwer fällt, einen ersten Krankheitsbericht und senden Sie diesen per Einschreiben an die unten aufgeführten Behörden und Institutionen. Bitte orientieren Sie sich dabei an den Vorgaben dieses Leitfadens. Als Antwort werden Sie voraussichtlich nur zusammenkopierte, vorformulierte Textbausteine erhalten. Doch je mehr Menschen sich mit Hochfrequenz-Symptomen melden, desto größer wird der Handlungsdruck für Behörden und Regierungen. Optimal wäre es, wenn Ihr behandelnder Arzt Sie unterstützt und die Symptome sowie die Diagnose schriftlich bestätigt.

Habe ich die neueste Ausgabe des Leitfadens?

Bei Änderungen am Leitfaden wird dieser unter einem neuen Ausgabedatum (Monat & Jahr) herausgegeben, welches auf jeder Seite rechts oben steht.

Die jüngste Ausgabe des Leitfadens finden Sie stets auf den Websites:

- www.netzwerk-risiko-mobilfunk.de
- www.izgmf.de

Auskunft darüber, welche Änderungen von einer Ausgabe zur nächsten Ausgabe am Leitfaden stattgefunden haben, gibt das [Änderungsprotokoll](#).

Bürgerinitiativen helfen Ihnen

Benötigen Sie Hilfe beim Verfassen Ihres Krankheitsberichtes, wenden Sie sich mit dem Leitfaden an eine Bürgerinitiative in Ihrer Nähe. Das [Netzwerk Risiko Mobilfunk](#) nennt Ihnen Kontaktadressen. Und unter www.izgmf.de finden Sie eine lange Liste von Bürgerinitiativen, sortiert nach Postleitzahlen.

Vereint sind Sie stärker

Zeigen Familienangehörige, Nachbarn oder Andere unter Mobilfunkeinwirkung ähnliche Krankheitssymptome dann vereinen Sie sich und verfassen Sie für jeden Betroffenen einen Krankheitsbericht. Schicken Sie die Berichte gebündelt an die unten genannten Behörden und Institutionen. Fragen Sie Ihre Mitbürger nach deren Gesundheitszustand und erzählen Sie von Ihren eigenen Symptomen. Viele Menschen die unter Mobilfunk leiden haben Angst darüber zu sprechen und wagen es nicht auf sich aufmerksam zu machen.

Der vorliegende Leitfaden besteht aus

1. [EMF-Fragebogen](#)
2. [Beispiel-Begleitschreiben](#) an die Behörden
3. [Auswertungserklärung](#) für die private, ärztliche Meldestelle
4. [Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht](#)
5. [Formulierungsvorschlag für einen Strafantrag](#)

An wen soll ich meinen Krankheitsbericht schicken?

Alle Adressen der nachfolgend genannten Behörden und Einrichtungen finden Sie tabellarisch zusammengestellt im Internet unter

<http://www.izgmf.de/Kontakte/Meldestellen/meldestellen.html>

1. zuständiges Ministerium Ihres Bundeslandes
2. örtliches Gesundheitsamt Ihres Wohnsitzes
3. bundesweite, private, ärztliche Meldestelle
4. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit
5. Bundesamt für Strahlenschutz
6. Bundesministerium für Gesundheit
7. Bundesärztekammer
8. Ärztekammer Ihres Bundeslandes
9. Institut für Menschenrechte
10. Weltgesundheitsorganisation WHO

Unbedingt anschreiben müssen Sie das für Gesundheit zuständige Landesministerium Ihres Bundeslandes und das untergeordnete örtliche Gesundheitsamt, denn die Aufgaben dieser Ämter sind "die gesundheitliche Prävention und der Gesundheitsschutz". Sie haben die Befugnis und die Pflicht Untersuchungen z. B. durch die Landesuntersuchungsanstalten oder sonstige Sachverständige einzuleiten.

Die private, ärztliche Meldestelle für Krankheiten durch elektromagnetische Felder (EMF) spielt eine besondere Rolle: Hier werden bundesweit Betroffenenberichte gesammelt, dokumentiert und ausgewertet. So können sie später als Beweismittel herangezogen werden. Bitte fügen Sie der Kopie Ihres Krankheitsberichtes für die ärztliche Meldestelle eine ausgefüllte [Auswertungserklärung](#) bei, in der Sie festlegen, ob Ihre Erkrankung anonym oder aber mit Ihrem Namen ausgewertet werden darf. Die Adresse der ärztlichen Meldestelle lautet:

Ärzteinitiative Bamberger Appell
c/o Dr. med. C. Waldmann-Selsam
Karl-May-Str. 48
96049 Bamberg

Weitere Kopien Ihres Briefes sollten Sie an folgende Empfänger zur Kenntnisnahme schicken:

- Hausarzt
- Krankenkasse
- Bürgermeister/Gemeinde

Wie verfasse ich meinen Krankheitsbericht am besten?

Sie füllen zuerst den [Fragebogen](#) soweit Sie können aus. In aller Regel führt der Fragebogen viel mehr Symptome und Punkte auf, als bei Ihnen zutreffen müssen.

Wichtig! Was Sie im Fragebogen nicht wissen, lassen Sie einfach weg!

Dann verfassen Sie ein kurzes Begleitschreiben. Darin formulieren Sie kurz und prägnant Ihre persönliche Situation und Ihre Forderungen. Bleiben Sie bei den nachprüfbaren Fakten, vermeiden Sie Behauptungen und ausschweifende Erzählungen. Als Unterstützung können Sie das [Beispiel-Begleitschreiben](#) verwenden und gegebenenfalls Teile der Formulierungen übernehmen.

Beispiel-Begleitschreiben

Beispieltext in kursiv blau, Bemerkungen in Klammern

Absender

*Marianne Musteropfer
Hochfrequenzstrasse 7
76467 Strahlendorf*

Strahlendorf, den 27.06.2006

Empfänger

*An das Ministerium für Arbeit und Soziales
Ministerin Dr. Monika Stolz
Schellingstr. 15
70174 Stuttgart*

Betreff

Akute Gesundheitsgefährdung durch Mobilfunksender

(oder: Akute Gesundheitsgefährdung durch gepulste Hochfrequenzstrahlung, oder: Krank durch Mobilfunk, oder: Krank durch chronische Hochfrequenzbelastung, oder selbst einen zutreffenden Betreff formulieren.)

Anrede

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Ministerin Stolz,

Einleitung

(Beschreiben Sie kurz Ihre persönliche Situation und Besonderheiten Ihrer Erkrankung. Schildern Sie auffällige Veränderungen durch den Betrieb der Sender. Wiederholen Sie möglichst wenige Angaben aus dem Fragebogen. Hier ein Beispieltext.)

in den Jahren 1999 und 2000 wurden in der Nähe meines Hauses drei Mobilfunksender unterschiedlicher Netzbetreiber in Betrieb genommen. Die Abstände betragen zwischen etwa 70 und 400 Meter. Auf zwei der Sender habe ich direkte Sicht. Bei der Errichtung gab es keinerlei Bürgerproteste und meines Wissens keine Presseberichte. Ich hatte damals von den Sendern nichts gewusst, auch nicht von Gesundheitsrisiken durch chronische Hochfrequenzbelastung. Dennoch bin ich aufgrund der Dauerbestrahlung erkrankt und leide unter vielen, typischen Hochfrequenzsymptomen. Bis auf eine Pollen- und Hausstauballergie war ich zuvor ein gesunder und körperlich und geistig leistungsfähiger Mensch. Mit den Mobilfunksendern hat sich mein Gesundheitszustand, mein Wohlbefinden und meine Leistungsfähigkeit dramatisch geändert. Auch meine Familienangehörige sind betroffen und haben viele vergleichbare Beschwerden.

Symptome, Krankheitsbeschreibung

Meine Symptome und meine Krankheitsbeschreibung entnehmen Sie dem beigefügten, ausführlichen Fragebogen.

Erläuterungen

(Wieso bringen Sie Ihre Erkrankung mit der Hochfrequenzbelastung in Verbindung, schildern Sie wichtige Erfahrungen und Schlüsselerlebnisse, wo und wie finden Sie Erholung, usw.)

Mit der Zeit nahmen meine Beschwerden mehr und mehr zu. Immer öfter war ich außer Stande meine gewohnte Arbeit zu erledigen. Immer öfter flüchtete ich instinktiv an weniger belastete Orte. Im Wald unter hohen dichten Bäumen fühle ich eine deutliche Linderung meiner Symptome. Noch besser ist es in mobilfunkarmen Seitentälern oder Gebirgsschluchten. Zuhause habe ich mich im Keller eingerichtet, dort ist es zwar etwas besser, aber nicht befriedigend. Ich führe meine Erkrankung auf die chronische Hochfrequenzstrahlung zurück, da mir gezielte Exposition und Deexposition die Zusammenhänge immer wieder bestätigen. Eine erhöhte Belastung führt zu zunehmenden Beschwerden, die über Stunden bis zu Tagen anhalten können. Eine Deexposition durch Ausweichen führt zum Abklingen der Symptome (Linderung). Abschirmungsversuche brachten bei mir jedoch keinen durchgreifenden Erfolg.

Während eines längeren Urlaubes in einem abgelegenen Ferienhaus in Norwegen fühlte ich mich von Tag zu Tag wohler, immer mehr Symptome verschwanden bis ich mich nach etwa drei Wochen völlig gesund fühlte. In dem Ferienhaus ist kein Netzempfang (von keinem Netzbetreiber) und außerhalb muss man weit den Berg hochlaufen, um schwachen Empfang zu haben.

Schlussbemerkungen und Forderungen

(Beispiel-Formulierungen, die Sie übernehmen können.)

Bitte Antworten Sie mir nicht mit Hinweis auf die Einhaltung der Grenzwerte der 26. BimSchV. Diese bieten mir keinen ausreichenden Gesundheitsschutz.

Ich fordere Sie auf unverzüglich zu handeln, der akuten Gefährdung meiner Gesundheit vor Ort qualifiziert nachzugehen und sofort Abhilfe zu schaffen. Auch ein probeweises Abschalten der verdächtigen Sender darf nicht ausgeschlossen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Marianne Musteropfer

Anlagen

(In jedem Fall den ausgefüllten Fragebogen beifügen, falls vorhanden auch Befunde, Atteste, Messprotokolle usw. wie im Fragebogen abgefragt.)

- ausführlicher EMF-Fragebogen
- Diagnose Hausarzt Dr. Findnix vom 13.04.2001
- Messprotokoll Ing. Messviel vom 25.05.2001

Was tun wenn die Behörden nicht handeln?

Antworten der Behörden können Sie selbstverständlich beliebig erwidern. Den Fokus sollten Sie jedoch auf die Gesundheitsämter richten. Gesundheitsschutz ist Ländersache. Falls Ihrer Gesundheitsgefährdung nicht vor Ort nachgegangen und keine Abhilfe geschaffen wird, schreiben Sie unbedingt einen zweiten Einschreibebrief an das Ministerium Ihres Bundeslandes, am besten namentlich an den amtierenden Minister. Darin beziehen Sie sich auf Ihr Ersts Schreiben und wiederholen kurz und unmissverständlich Ihre Not und folgende Schlussforderung:

"Die Gesundheitsämter sind für die gesundheitliche Prävention und den Gesundheitsschutz zuständig. Ich fordere Sie nochmals auf Ihrer Amtspflicht nachzukommen, entsprechende Untersuchungen einzuleiten und der Gesundheitsgefährdung sofort Abhilfe zu schaffen"

Es bleibt Ihnen überlassen mit Hinweis auf die Dienstpflicht mit einer Anzeige wegen unterlassener Hilfeleistung zu drohen. Eine Kopie dieses zweiten Schreibens schicken Sie an Ihr örtliche Gesundheitsamt und an die private, ärztliche Meldestelle (EMF).

Sollten sich die Gesundheitsämter weiter nicht rühren haben Sie noch die Möglichkeiten die Beamten wegen unterlassener Hilfeleistung bei der Polizei anzuzeigen (symbolische Wirkung). Der Anzeige fügen Sie Kopien des Schriftwechsels mit den Gesundheitsbehörden und die [Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht](#) bei.

Unabhängig davon haben Sie die Möglichkeit bei der Polizei [Strafantrag](#) wegen Körperverletzung zu stellen und sich auf die im Grundgesetz verankerte körperliche Unversehrtheit (Art. 2) zu beziehen. In der Anzeige können Sie die Symptome schildern, für die Sie bestimmte Hochfrequenzquellen verantwortlich machen.

Fragebogen zur Erfassung von Gesundheitsschäden durch hochfrequente elektromagnetische Felder

(Mobilfunksender, DECT, W-LAN, Handy u. a.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Strasse/Hausnr.

PLZ/Ort

wohnhaft seit

Telefon

1. Hochfrequenzbelastungen

1.1 Wo waren oder sind Sie hochfrequenten elektromagnetischen Feldern ausgesetzt?

zu Hause	am Arbeitsplatz	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Stunden pro Tag halten Sie sich durchschnittlich in den hochfrequenzbelasteten Räumen auf?		
.....		

1.2 Hochfrequenzbelastung zu Hause

<input type="checkbox"/> Mobilfunksender Standorte (Ort, Strasse, Hausnr.):	Entfernung in Metern:	seit:

<input type="checkbox"/> Radio- oder Fernsehsender	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Richtfunk	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Eigenes Schnurlos-Telefon (DECT) Typenbezeichnung:	Standort: Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:

<input type="checkbox"/> Schnurlos-Telefon (DECT) bei Nachbarn	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN (eigenes)	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN (bei Nachbarn)	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> Handybenutzung	Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:

1.3 Hochfrequenzbelastung am Arbeitsplatz oder in der Schule

<input type="checkbox"/> Mobilfunksender Standorte (Ort, Strasse, Hausnr.):	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Radio- oder Fernsehsender	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Richtfunk	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Schnurlos-Telefon (DECT) Typenbezeichnung:	Standort: Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> Handybenutzung (eigene)	Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:
<input type="checkbox"/> Handybenutzung (Kollegen/Mitschüler)	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig	seit:

1.4 Haben Sie Messungen elektromagnetischer Felder durchführen lassen? (wenn ja, bitte Kopien der Messprotokolle anfügen)

Nein	Ja, mit folgenden Ergebnissen:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Symptome, Krankheitsbeschreibung, Verlauf

2.1 Symptomenliste

Symptome *falls möglich unter 2.2 näher beschreiben	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
1. Einschlafprobleme						
2. Häufiges Aufwachen						
3. Gerädertes, verkateres Aufstehen						
4. Chronische Erschöpfung						
5. Erhöhter Schlafbedarf						
6. Antriebsarmut						
7. Unlust						
8. Kopfschmerzen						
9. Kopfdruck						
10. Benommenheit						
11. Nervosität						
12. Unruhe						
13. Unwohlsein						
14. Hitzegefühl (Kreislaufprobleme)						
15. Kältegefühl, Frösteln (Kreislaufpr.)						
16. Inneres Zittern						
17. Inneres Brennen						
18. Gereiztheit						
19. Aggressivität						
20. Depressive Stimmung						
21. Gefühl der Hilflosigkeit						
22. Panikattacken						
23. Zwanghafte Denkwiederholungen						
24. Konzentrationsstörungen						
25. Schreibfehler						
26. Lernstörungen						
27. Vergesslichkeit						
28. Wortfindungsstörungen						
29. Sprechfehler						
30. Gelenkschmerzen (welche?)*						
31. Muskelschmerzen (wo?)*						
32. Nackenschmerzen						
33. Weichteilschmerzen (wo?)*						
34. Nervenschmerzen (wo?)*						
35. Zahnschmerzen						
36. Nebenhöhlenentzündung						
37. Infekte						
38. Veränderung der Stimme						
39. Halsentzündung						
40. Vergrößerte Lymphknoten						
41. Langsame Wundheilung						
42. Hautveränderungen (welche?)*						

Symptome *falls möglich unter 2.2 näher beschreiben	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
43. Brennen der Haut						
44. Kribbeln der Haut						
45. Taubheitsgefühl						
46. Juckreiz						
47. Allergische Reaktion						
48. Herzrasen						
49. Herzschmerzen						
50. Herzrhythmusstörungen (welche)*						
51. Blutdruckerhöhung anfallweise						
52. Blutdruckerhöhung ständig						
53. Atemnot anfallweise						
54. Kollapszustände						
55. Schwindel						
56. Gleichgewichtsstörungen						
57. Ohrgeräusche (Tinnitus)						
58. Geräusche im Kopf						
59. Hörverlust, Hörsturz						
60. Lärmempfindlichkeit						
61. Augenschmerzen						
62. Geschwollene Augen						
63. Ringe unter den Augen						
64. Sehstörungen						
65. Augenentzündung						
66. Trockene Augen						
67. Nasenbluten (wann)*						
68. Geruchsempfindlichkeit						
69. Schilddrüsenprobleme (welche)*						
70. Hormonstörungen (welche)*						
71. Haarausfall						
72. Wachstumsstörungen						
73. Libidoverlust						
74. Gewichtszunahme						
75. Gewichtsabnahme						
76. Appetitlosigkeit						
77. Übelkeit						
78. Durchfälle						
79. Ungewöhnliches Hungergefühl						
80. Vermehrtes Durstgefühl						
81. Schwitzen (nachts)						
82. Häufiges Wasserlassen (nachts)						
83. Einnässen						
84. Zähneknirschen (nachts)						
85.						
86.						

2.4

Stellen Sie bei einem Ortswechsel eine Veränderung Ihrer Beschwerden fest (im Wald, in mobilfunkarmen Tälern, Übernachtung bei Bekannten etc.)

Nein Ja, wo und welcher Art?

-
-

2.5

Bei gesundheitlichen Beschwerden im häuslichen Umfeld: Versuchen Sie die Belastung dadurch zu verringern, indem Sie sich so häufig wie möglich an anderen Orten aufhalten?

Nein Ja, wohin?

-
-

2.6

Haben Sie Ihren Schlafplatz verlegt?

Nein Ja, wann, wohin und mit welcher Wirkung?

-
-

2.7

Haben Sie Abschirmmaßnahmen durchgeführt, um die Hochfrequenzexposition zu verringern?

- Nein, weil
- Ja, welche
-

2.8

Haben diese Maßnahmen eine Verringerung oder ein Verschwinden von Symptomen bewirkt?

Nein Ja, bei welchen Symptomen?

-
-
- Vorübergehend?

2.9

Haben Sie den Aufenthalt in den belasteten Räumlichkeiten eingeschränkt oder sind Sie weggezogen?

- Nein, weil
- Ja, wohin
- wann?

3. Diagnostik

3.1

Welche Ärzte wurden aufgesucht? (Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben, wenn bekannt)

.....

.....

.....

.....

.....

Wie oft?

3.2

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?
Blut- Urin, Röntgen, CT, Herz-Kreislaufsystem usw.
(Bitte Kopien der Befunde beilegen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.3

Welche Diagnosen wurden gestellt?

.....

.....

.....

.....

3.4

Welche Medikamente wurden Ihnen im Zusammenhang mit Ihrem Beschwerdebild verordnet?

.....

.....

.....

.....

3.5

Wurde Ihnen eine Psychotherapie bzw. eine psychosomatische REHA-Maßnahme empfohlen?

Nein Ja durchgeführt? wo?

.....

3.6

Haben Sie Metallbelastungen wie Amalgam, Gold, Palladium, Titan, Blei, Aluminium usw. z. B. im Mund, im Körper oder beruflicher Kontakt?

Nein Ja, welcher Art?

.....

3.7

Haben Sie Amalgamfüllungen?

Nein Ja, wie viele?

.....

3.8

Wurden Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Nein Ja, wann, wie viele?

.....

3.9

Erfolgte eine Amalgamausleitung?

Nein Ja, welcher Art?

.....

3.10

Haben Sie chemische Belastungen (Umweltschadstoffe, Innenraumschadstoffe, beruflicher Kontakt, Chemotherapie)?

Nein Ja, welcher Art, (Befund, Messungen)?

.....

.....

3.11

Haben Sie Allergien

Nein Ja, seit wann, welcher Art (Befund)?

.....

.....

.....

.....

4. Ergänzende Fragen

4.1

Wann und durch wen erhielten Sie erstmals Kenntnis von einer möglichen Gesundheitsgefährdung durch hochfrequente elektromagnetische Felder?

Presse

Fernsehen

Sonstiges

.....

4.2

Haben andere Menschen Ihnen Ihre Gesundheitsbeeinträchtigungen angemerkt?

Nein

Ja, wer und welche Symptome?

.....

.....

4.3

Haben auch Mitglieder Ihrer Familie Krankheitssymptome?

Nein

Ja, welche Symptome?

.....

.....

4.4

Haben Bewohner Ihres Hauses oder Nachbarn ähnliche Symptome?

Nein

Ja, wer?

.....

.....

4.5

Haben Arbeitskollegen/Mitschüler ähnliche Symptome?

Nein

Ja, wer?

.....

.....

4.6

Haben Sie Veränderungen bei Tieren oder Pflanzen beobachtet?

Nein

Ja, welche?

.....

.....

4.7

Hat sich in Ihrem häuslichen Wohnumfeld in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Renovierung mit neuen Farben oder Hölzern, neue Möbel, neue Teppiche)

Nein

Ja, was?

.....

.....

4.8

Hat sich in Ihrem weiteren Wohnumfeld in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Ansiedlung von neuen Industriebetrieben oder landwirtschaftlichen Betrieben, neue Straßen)

Nein Ja, was?

.....

.....

4.9

Hat sich an Ihrem Arbeitsplatz in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Renovierung oder Neuausstattung)

Nein Ja, was?

.....

.....

4.10

Leben Sie in der Nachbarschaft zu einer Müllverbrennungsanlage oder einem chemischen Industriebetrieb?

Nein Ja, welche Art von Betrieb?

.....

5. Behördliches Vorgehen

5.1

Haben Sie im Zusammenhang mit den Gesundheitsstörungen Kontakte zu staatlichen Behörden (z. B. Bürgermeister, Umweltamt, Gesundheitsamt, Ministerien) oder zu den Mobilfunkbetreibern aufgenommen? (Falls Schriftverkehr vorhanden, bitte Kopien anfügen)

Nein Ja, mit wem und wann?

.....

.....

.....

5.2

Haben Sie im Zusammenhang mit den Gesundheitsstörungen bereits zivilrechtliche Klagen angestrebt oder eingereicht? (Falls Schriftverkehr vorhanden, bitte Kopien anfügen)

Nein Ja, bei welchem Gericht und wann?

.....

.....

.....

6. Persönliche Angaben

Körpergröße cm
Körpergewicht kg
Raucher	Nein Ja, wie viele Zigaretten pro Tag? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stück
Alkohol	nie gelegentlich häufig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
aktuelle Blutdruckwerte	
falls längerfristige Aufzeichnungen vorhanden bitte Kopien anfügen	
Frühere Erkrankungen, Operationen und regelmäßige Medikamenteneinnahme:	
Große seelische Belastung (privat oder am Arbeitsplatz):	

.....
(Ort, Datum).....
(Unterschrift)

Auswertungserklärung

Erklärung gegenüber der privaten, ärztlichen Meldestelle und den dokumentierenden Ärzten.

Ich
(Vor- und Zunahme)

erlaube den dokumentierenden Ärzten die

anonyme namentliche
 (zutreffendes ankreuzen)

Auswertung meiner Mobilfunckerkrankung und die uneingeschränkte Weitergabe der Daten an zuständige Behörden und Einrichtungen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Erklärung (gegenüber Ihren behandelnden Ärzten)

Ich
(Vor- und Zunahme)

entbinde den/die nachfolgend genannten Arzt/Ärzte von seiner/ihrer
Verschwiegenheitspflicht gegenüber ermittelnden Strafverfolgungsbehörden:

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

(Name des Arztes/der Ärzte mit Praxisanschrift)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Strafantrag

Ich stelle hiermit Strafantrag gegen

.....
(Haus- oder Grundstücksbesitzer oder Mobilfunkbetreiber oder Unbekannt)

wegen des dringenden Verdachtes auf Körperverletzung durch gepulste, hochfrequente elektromagnetische Felder.

Laut Grundgesetz besteht das Recht auf Leben und Unversehrtheit.

Name/Vorname

Strasse

PLZ/ Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Bisher aufgetretene Krankheitssymptome:

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

