

1. Wie bewerten Sie ihren Gesundheitszustand während des letzten Monats?

Sehr schlecht	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Haben sie regelmäßig auftretende gesundheitliche Beschwerden unklarer Ursache?

- Migräne
 Wetterfühligkeit
 Schlafstörungen
 Kopfschmerzen
 Andere: _____

3. Reagieren sie allergisch/überempfindlich auf

(Mehrfachnennungen möglich)

- Tiere/Tierhaare
 Pollen/Gräser
 Staub
 Schimmel
 Medikamente
 Nahrungsmittel
 Wasseradern
 Kosmetika
 Nickel
 Amalgam (Zahnfüllung)
 Anderes: _____

4. Was sind Ihre Lebensgewohnheiten?

	Nie	Gelegentlich	Häufig
Ernähren Sie sich gesund (biologisch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	Gelegentlich	Regelmäßig
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Benutzen Sie folgende elektrische Geräte ?

(Mehrfachnennungen möglich)

	Am Arbeitsplatz	Im Wohnbereich
PC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überwachungsmonitor/Fernseher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobiltelefon (Handy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnurlostelefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroheizung, el. Heizstrahler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrowellenherd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiowecker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

	Stimmt völlig	Stimmt teilweise	Weiß nicht	Eher nicht	Stimmt nicht
Elektrosmog kann ein Risiko für die Gesundheit darstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich spüre, wenn in meiner Nähe ein Elektrogerät benützt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrosmog könnte die Symptome von Krankheiten oder Allergien verstärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die Annehmlichkeiten der modernen Technik würde ich ein höheres Gesundheitsrisiko in Kauf nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gefährdung der Gesundheit durch Elektrosmog ist im Vergleich zu anderen Umwelteinflüssen zu vernachlässigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Nähe von Hochspannungsleitungen oder Handymasten fühle ich in meinem Wohlbefinden gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichte in den Medien brachten mich darauf, dass gesundheitliche Probleme Elektrosmog als Ursache haben könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schon aktiv nach Informationen zum Thema Elektrosmog gesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schlafprobleme, wenn in meiner Nähe elektrische Geräte eingeschaltet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bereits einen Arzt zum Thema Elektrosmog konsultiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Welche elektrischen Geräte sehen Sie als Hauptverursacher von Elektrosmog an?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Babyfon | <input type="checkbox"/> Elektroinstallation | <input type="checkbox"/> Halogenlampen | <input type="checkbox"/> Radiowecker |
| <input type="checkbox"/> Bahnverkehr | <input type="checkbox"/> Elektroverteiler | <input type="checkbox"/> Haushaltsgeräte | <input type="checkbox"/> Rundfunksender |
| <input type="checkbox"/> Computer | <input type="checkbox"/> Fernseher | <input type="checkbox"/> Hochspannungsleitungen | <input type="checkbox"/> Schnurlostelefon |
| <input type="checkbox"/> el. Fußbodenheizung | <input type="checkbox"/> Handy | <input type="checkbox"/> Mikrowellenherd | <input type="checkbox"/> Leuchtstofflampen |
| <input type="checkbox"/> el. Heizstrahler | <input type="checkbox"/> Handymasten | <input type="checkbox"/> Monitore | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | | |

8. Kennen Sie Personen, die sich durch Elektrosmog gestört fühlen?

- Ja Nein Falls ja, wie viele Personen in ihrem Bekanntenkreis sind davon betroffen? _____ Personen

9. Fühlen Sie sich durch Elektrosmog gestört?

Gar nicht	Etwas	Stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, welche Ihrer Symptome bringen Sie mit Elektrosmog in Zusammenhang?
(bitte nutzen Sie die vorgesehenen Zeilen)

- # _____ # _____ # _____
_____ # _____ # _____

10. Tun Sie etwas um Elektrosmog zu verringern, und falls ja, was?

(Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Benutzung von Elektrogeräten vermeiden | <input type="checkbox"/> Entstörgeräte verwenden |
| <input type="checkbox"/> Netzfreischalter installieren | <input type="checkbox"/> Geräte nicht mit der Fernbedienung abschalten |
| <input type="checkbox"/> Unbenützte Geräte abstecken | |
| <input type="checkbox"/> Etwas anderes, und zwar: _____ | |

11. Falls Sie Beschwerden haben: Wie haben sie entdeckt, dass diese mit Elektrosmog zusammenhängen?

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eigene Beobachtung | <input type="checkbox"/> Hörensagen | <input type="checkbox"/> Radio, Fernsehen | <input type="checkbox"/> Zeitungen, Zeitschriften |
| <input type="checkbox"/> Produktwerbung | <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Anders: _____ | |

12. Persönliche Daten

Alter: _____ Jahre **Geschlecht** m w **Größe:** _____ cm **Gewicht:** _____ kg

13. Höchste abgeschlossene Ausbildung?

- Pflichtschule Lehre Matura Hochschule

14. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos | <input type="checkbox"/> Arbeiter | <input type="checkbox"/> Hausfrau/mann | <input type="checkbox"/> Pensionist |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung | <input type="checkbox"/> Angestellter | <input type="checkbox"/> Selbstständig | |

15. Arbeits- bzw. Wohnort ?

(Anleitung: bitte nach Ihrer Einschätzung ein Kreuz setzen)

Sie wohnen

am Land

in der Stadt

Sie arbeiten

am Land

in der Stadt

Wir danken für ihre Mithilfe!