

**Pilotstudie: Untersuchungen von Innenraum-
AThermischen Elektro-Magnetischen Feld-Belastungen
bei chronischer Müdigkeit und anhaltender Erschöpfung**

Akronym: ATHEM-04

Subprojekt -GEN

S.g. Frau, S.g. Herr,

um Ihre Blut-Befunde bestmöglich auswerten zu können, bitten wir um die Beantwortung
umseitiger Fragen. Es gibt keine richtig oder falschen Antworten. Bei Unklarheiten nehmen
sie bitte die Antwort, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt.

**Begleit-Fragebogen für die Blutproben zur Analyse der genetischen
Instabilität bei chronischer Exposition zu Umweltfaktoren**

Einmalige Erhebung zu Teilnahme Beginn

Name: _____ Geb. Datum: _____

Ab hier anonym weiter

Aktuelles Datum: _____

Bei Unklarheiten nehmen sie bitte die Antwort, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt, oder besprechen es mit dem Studienleiter.

Geschlecht: Mann Frau

Gewicht (kg): _____ Körpergröße (cm): _____,

Höchster Ausbildungsabschluss: Pflichtschule/Lehre Matura Universität

Tabakkonsum? Raucher? Nie früher mal Ja

Ev. Wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Ev. seit wie vielen Jahren rauchfrei? _____

Alkoholkonsum? Nie; selten, regelmäßig, täglich

Besondere Exposition (z.B. am Arbeitsplatz)? Gibt (Gab) es ?

- Zellgifte, Pflanzen-Spritzmittel, (Cytostatics) Ja / Nein
- Chemikalien / Gifte (Toxic substances) Ja / Nein
- Strahlung (Röntgen, Radioaktivität) Ja / Nein
- Starke Elektromag. Felder (Schweißgeräte, Trafo, ...) Ja / Nein

Bei gegebener Exposition: wie viele Jahre? _____

Krankheiten: (Was trifft am ehesten zu?)

- Ich war im letzten Jahr durchgehend gesund.
- Ich hatte im letzten Jahr eine Infektionskrankheit. (Grippe, Entzündung - Lunge, Ohr, Haut, ...).
- Ich war in den letzten drei Monaten erkrankt, hat aber nichts mit Krebs-zu tun.
- Ich hatte eine Krebs-Diagnose oder Krebs-Therapie in den letzten drei Monaten.

Nähere Angaben:

Bitte nächste Seite beachten

Medikamente?

- Cytostatika (aktuell oder irgendwann): _____
- Antibiotika in den letzten drei Monaten: _____
- Herzmedikamente gegen Rhythmusstörungen: _____
- Blutdruck-Senker: _____
- dzt. keine Medikamente, dzt. andere Medikamente, und zwar
1. _____ 2. _____

Welche der folgenden **Untersuchungen** wurden jemals gemacht?

- | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Röntgen-Bild | <input type="checkbox"/> Nie, | <input type="checkbox"/> 1-2 Mal, | <input type="checkbox"/> 3-5 Mal, | <input type="checkbox"/> öfter als 5 mal |
| Röntgen Durchleuchtung | <input type="checkbox"/> Nie, | <input type="checkbox"/> 1-2 Mal, | <input type="checkbox"/> 3-5 Mal, | <input type="checkbox"/> öfter als 5 mal |
| CT - Computer Tomogram | <input type="checkbox"/> Nie, | <input type="checkbox"/> 1-2 Mal, | <input type="checkbox"/> 3-5 Mal, | <input type="checkbox"/> öfter als 5 mal |
| Isotopen Untersuchung | <input type="checkbox"/> Nie, | <input type="checkbox"/> 1-2 Mal, | <input type="checkbox"/> 3-5 Mal, | <input type="checkbox"/> öfter als 5 mal |

Nur bei Frauen:

Hormonelle Empfängnisverhütung (die Pille)?: Noch nie, Nein, Ja

Hormonbehandlung? Nein, Ja
(im Zusammenhang mit Menopause, Krebsbehandlung, künstl. Befruchtung, ...)

Sind Sie **elektrosensibel**? Sicher nicht, eher nein, ja etwas sicher ja

Wenn JA: welche Symptome? _____

Meine Ernährung

- Veganer / Vegetarier? Ja Nein
- Fleisch? Nie, 1-2 Mal, 3-5 Mal, öfter als 5 mal/Woche
- Gegrilltes? Nie, 1-2 Mal, 3-5 Mal, öfter als 5 mal/Woche
- Käse? Nie, 1-2 Mal, 3-5 Mal, öfter als 5 mal/Woche

Falls Sie sich erinnern: wann war die letzte **Grippe** oder **Viruserkrankung** ?

Genesen, Wann? _____

Grippe Impfung Wann? _____

Welcher Impfstoff? _____

**Danke für Ihre Angaben,
bitte den ausgefüllten Fragebogen beim Betreuer abgeben**