

Dr. med. Hans-Christoph Scheiner

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN- CHIROTHERAPIE- HOMÖOPATHIE,
PSYCHOTHERAPIE

**Hinweise für den Arzt
von Studienteilnehmern
außerhalb von München
Notwendig: Laborzentrifuge!**

Franz-Wüllner-Str. 39
81247 München
Tel:(089)885 222
Fax:(089)820 42 28

Melatonin- und Serotoninbestimmung

→ **Aus dem Blut: Serum**

Blutabnahme: bis spätestens 9.00 Uhr morgens!

Vorgehensweise:

Blutabnahme in **ein Vollblutröhrchen**. Dieses zentrifugieren/ abpipettieren und das **Blutserum** in ein eigenes Neutralröhrchen abfüllen. Serum bis zur möglichst raschen Abholung am gleichen Vormittag bitte im Kühlschrank bzw. in einem Trockeneisbehälter aufbewahren .

→ **Aus dem Urin (nur für Melatoninbestimmung):**

Zur Melatoninbestimmung soll der Melatoninspiegel der nächtlichen Schlafphase, spätestens aber ab 23.00 Uhr, durch ein Sammeln des Urins in dem vom Labor speziell zur Verfügung gestellten Urinsammelbehälter gesammelt werden. Für die meisten bedeutet dies ein einmaliges morgendliches Wasserlassen nach einer (hoffentlich) durchschlafenen Nacht (bis spätestens 7.00 Uhr). (+ zusätzliches Wasserlassen beim evtl. nächtlichen Aufstehen)

Differentialblutbild mit Suche nach Erythroblasten/ Normoblasten/ Retikulozytenbestimmung

→ **Blutabnahme: EDTA**

In einem **EDTA-Röhrchen** (näheres siehe Seite 2).

Bitte das EDTA-Röhrchen nicht kühlen oder einfrieren!

Zuständig für Laborfragen: Praxis Dr. Scheiner

Kosten für Melatoninbestimmung (Blut + Urin) einschließlich Serotoninbestimmung und Differenzialblutbild:

27.-- Euro. zahlbar sofort bei der Blutabnahme!

Die Laborgefäße bitte stets mit Ihrer vollen Anschrift, Telefonnummer und Ihrem Geburtsdatum kennzeichnen. Zusätzlicher Vermerk: Mobilfunkstudie Dr. Scheiner

Differentialblutbild mit Suche nach Erythroblasten/ Normoblasten/ Retikulozytenbestimmung

Vorgehensweise: Soweit keine zusätzlichen Untersuchungen vorgenommen werden, langsame Abnahme von 5 ml Blut und langsames Abfüllen in EDTA-Röhrchen (zur besseren Vermischung bitte 2x umschwenken!) Da das normale Differenzialblutbild üblicherweise von Computern ausgewertet wird, und diese nicht zwischen den zellkernhaltigen weißen Blutkörperchen (Leukozyten) und den zellkernhaltigen Vorformen der roten Blutkörperchen (Erythroblasten) unterscheiden können, muß der Blutaussstrich von einer diesbezüglich geschulten Laborantin mikroskopisch untersucht und beurteilt werden. Daher bitte immer spezifische Benachrichtigung des Labors, weil die oben geschilderte Auszählung durch die Laborantin keine Routineleistung darstellt.

Zuständig für Laborfragen zur Bestimmung des Differentialblutbildes:

Praxis Dr. Scheiner

Die Laborgefäße bitte stets mit der vollen Anschrift , Tel. Nr. und dem Geburtsdatum Des Probanden kennzeichnen. Bitte auch den zusätzlichen Vermerk:

„Mobilfunkstudie Dr. Scheiner“ nicht vergessen !!

Bitte schicken Sie unseren Fragebogen ausgefüllt an uns zurück!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihre Praxis Dr. Scheiner

Dr. med. Hans-Christoph Scheiner

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN- CHIROTHERAPIE- HOMÖOPATHIE,
PSYCHOTHERAPIE

Dr. med. Hans-C. Scheiner Franz-Wüllner-Strasse 39 81247 München

Franz-Wüllner-Str. 39
81247 München
Tel:(089)885 222
Fax:(089)820 42 28
www.drscheiner-muenchen.de
info@drscheiner-muenchen.de

Teilnehmer Mobilfunkstudie WP1
Dr. Scheiner

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer der Studie.
Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an unserer

Mobilfunkstudie teilzunehmen.

ANLEITUNG MOBILFUNKSTUDIE FÜR ÄRZTE UND BÜRGERINITIATIVEN

Die ausgefüllten Fragebögen bitte nicht an das Labor,
sondern an die Praxis Dr. Scheiner, Franz-Wüllner-Str. 39, 81247 München,
per Einschreiben schicken.

- **HINWEIS:** Für die therapeutische Beurteilung der Untersuchungsergebnisse ist Ihr jeweiliger Hausarzt, gerne in Rücksprache mit uns, zuständig.
- **Nun zur Durchführung:** Einige Tage vor der Untersuchung sind die Urinsammelbehälter an die Teilnehmer zu verteilen.
Jeder Untersuchungsteilnehmer bringt neben dem gefüllten Urinsammelbehälter bitte 7 ausreichend große Aufkleber mit Name, Adresse, Geburtsdatum mit.
- **Achtung sehr wichtig:** Auf 2 Aufklebern bitte das Gesamturinvolumen vermerken, das sie vorher am Urinsammelbehälter abgelesen haben. Bitte auch die Urinsammelzeit vermerken. Einer dieser Aufkleber ist für das Urinröhrchen, der Zweite für die Teilnehmerliste bestimmt.
- Nicht vergessen auch die übrigen Rörchen mit Aufklebern versehen.
- Vor dem Abfüllen des Urinrörchens bzw. der Urinmonovette (Aufkleber nicht vergessen !)
den Sammelurinbehälter mehrfach zur Aufhebung von Konzentrationsunterschieden schwenken. Bitte schütteln ist zu vermeiden, da sonst eventuell Schaum abgefüllt wird.
(Das Umfüllen sollte in Absprache mit dem Praxispersonal erfolgen.)
- Sowohl das abpipettierte Serum, als auch das Urinröhrchen sollten in Trockeneis an das Labor geliefert werden. Die Röhrchen sollten dabei z.B. mit Papierlagen eingehüllt werden um keinen direkten Kontakt zum Trockeneis zu bekommen.

- Das Citratblut im EDTA-Röhrchen bitte in keinen Fall in das Trockeneis legen. Die EDTA-Röhrchen sind immer gesondert außerhalb der Kühlboxen mitzuschicken.

Als Zeitpunkt für das Urinsammeln gilt die Zeit der nächtlichen Schlafphase (spätestens 23:00 Uhr zu Bettgehen bis zum morgendlichen Aufstehen). Für die meisten bedeutet dies ein einmaliges morgendliches Wasserlassen nach einer (hoffentlich) durchschlafenen Nacht. (spätestens 7.00 Uhr) (+ zusätzliches Wasserlassen beim evtl. nächtlichen Aufstehen). Um dies nicht zu vergessen, empfiehlt es sich erfahrungsgemäß, die Urinsammelbehälter unübersehbar vor oder auf die Toilette zu stellen.

Die erneute Wiederholung der Melatonin / Serotoninuntersuchung sollte immer unter möglichst gleichen zeitlichen und sonstigen gewohnten **Rahmenbedingungen** durchgeführt werden. (z.B. **nicht** direkt nach dem Urlaub, Reisen, Ortswechsel, abendlich- nächtlichen Feiern, Nachtschichten, etc).

Aus labortechnischen Gründen, sollte die Blutabnahme nicht am Freitag bzw. Wochenende statt finden.

Jeweils 1 Exemplar der Liste aller Teilnehmer an der Studie geht:

- 1.) an uns
- 2.) an das Labor
- 3.) an Ihre Bürgerinitiative

kleiner Hinweis:

Die Namensliste können Sie am bequemsten durch Verwendung der mitgebrachten Aufkleber mit Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Urinsammelmenge, Urinsammelzeit auf ein DIN A4 Blatt aufkleben.

Noch eine persönliche Bitte:

Die Durchführung der Studie bei einer Bürgerinitiative kann am effektivsten abgewickelt werden, wenn wir uns jeweils an eine zuständige Kontaktperson wenden können. Diese Kontaktperson unseres Ansprechpartners sorgt für:

- 1.) ordnungsgemäße Abwicklung der Untersuchung lt. Anweisung
- 2.) das Einsammeln der Laborkosten (27 € pro Person) spätestens am Tag der Blut- und Urinabgabe und leitet diese Beträge nach Rechnungserhalt an das Labor weiter.
- 3.) Weiterleitung der von uns an ihn übersandten Laborbefunde an die Teilnehmer
- 4.) steht für telefonische Rückfragen zur Verfügung

Selbstverständlich stehen wir bei Rückfragen bezüglich der Studie, die wir ehrenamtlich durchführen, Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank

Mit herzlichen Grüßen - Ihr Praxisteam Dr. Scheiner

Bitte den Fragebogen ausgefüllt an uns zurückschicken!

Dr. med. Hans-C. Scheiner Franz-Wüllner-Strasse 39 81247 München
Info-Telefon: Tel:(089) 885 222 Fax:(089) 820 42 28 www.drscheiner-muenchen.de

Alle Angaben werden aus Gründen des Datenschutzes vertraulich behandelt und bei der Erstellung von Statistiken nur anonym weiterbehandelt ! Ein Hinweis vorweg: Fragen die Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie bitte einfach aus.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr

**Dr. med. Hans-Christoph Scheiner
Franz-Wüllner-Strasse 39
81247 München
Tel: (089) 885 222 Fax: (089) 820 4228**

www.drscheiner-muenchen.de
info@drscheiner-muenchen.de

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Alter: _____ **Beruf:** _____
Gewicht: _____ **Größe:** _____
Tel. : _____
Fax.: _____
Email: _____

Fragebogen

- 1. Befindet sich eine Mobilfunkantenne auf dem Dach:
Nennen Sie, falls bekannt, die Mobilfunk- Anbieter des
Antennenstandortes auf Ihrem Dach.**

		D-Netz T-Mobile Vodafone	E-Netz E-Plus	UMTS	Sonstige
Auf dem Dach Ihres Wohnhauses	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Dach Ihres Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Dach Ihrer Schule/ Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2. Seit wann haben Sie eine Mobilfunkantenne auf dem Dach?**

	Datum	Anzahl
Ihres Wohnhauses	_____	_____
Ihres Arbeitsplatzes	_____	_____
Ihrer Schule/ Kindergarten	_____	_____

3. Wie viele Stunden verbringen Sie täglich

in Ihrer Wohnung	.....Stunden
An ihrem Arbeitsplatz	.....Stunden
in Ihrer Schule/Kindergarten	.....Stunden

(4. entfällt)

5. Existieren Mobilfunkantennen in der Nähe. Kreuzen Sie, falls bekannt, die vorhandenen Funksysteme an.

		D-Netz T-Mobile Vodafone	E-Netz E-Plus	UMTS	Sonstige
In der Nähe Ihres Wohnhauses	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Nähe Ihres Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Nähe Ihrer Schule/ Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(6. entfällt)

7. Wie weit sind die nächstgelegene Mobilfunkantennen (nicht auf dem eigenen Dach) entfernt von

	Entfernung?	Seit wann in Betrieb? (Datum)	Anzahl?
Ihrem Wohnhaus	.....m		
Ihrem Arbeitsplatz	.....m		
Ihrer Schule/ Kindergarten	.....m		

8. Haben Sie freien Sichtkontakt zur Mobilfunkantenne bzw. Sendeanlage?

von Ihrer Wohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
von Ihrem Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
von Ihrer Schule/ Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9. In welchem Stock befindet sich

	Stockwerk	Gesamtzahl der Stockwerke des betreffenden Gebäudes
Ihre Wohnung		
Ihr Arbeitsplatz		
Ihr Klassenzimmer/ Kindergarten?		

10. Sind Sie Handy-Nutzer ja nein Seit wann (Datum)? _____

11. Haben Sie ein Schnurlostelefon nach dem DECT-Standard oder sonstige drahtlose Kommunikationsanlagen (Wireless LAN, Bluetooth)?

		DECT	WLAN	Bluetooth	Seit wann (Datum)
in Ihrer Wohnung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
in Ihrer Nachbarwohnung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
an Ihrem Arbeitsplatz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
in Ihrer Schule/Kindergarten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

11.a Wurde kürzlich eine oder mehrere der unter Frage 11 genannten Anlagen außer Betrieb genommen?

		DECT	WLAN	Bluetooth	Seit wann (Datum)
in Ihrer Wohnung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
in Ihrer Nachbarwohnung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
an Ihrem Arbeitsplatz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
in Ihrer Schule/Kindergarten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

12. Wie viele Minuten telefonieren Sie durchschnittlich täglich

mit dem Handy	.....min
mit einem DECT- Schnurlostelefon	.....min
mit einem Schnurlostelefon nach dem CT 1+ Standart	.....min
Wie lange ist täglich Ihr WLAN aktiv?	.....min
Wie lange ist täglich Ihr Bluetooth aktiv?	.....min

13. Haben Sie bereits eine Vermessung auf Hochfrequenzen, Niederfrequenzen oder geopathische Störungen vorgenommen ?

		Hochfrequenz	Niederfrequenz	geopathische Störungen
in Ihrer Wohnung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
an Ihrem Arbeitsplatz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Ihrer Schule/Kindergarten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schicken Sie uns bitte, falls vorhanden Fotokopien Ihrer Messprotokolle zu.

13.a

			Seit wann?	Mit Erfolg?
Haben Sie abgeschirmt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht
Haben Sie Ihren Schlafplatz verändert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht
Wenn ja wie?.....				
.....				
Haben Sie eine Netzfreeschaltung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht

13.b Befinden sich in Ihrer Nähe:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ihrer Wohnung	Ihres Arbeitsplatzes	Ihrer Schule/ Kindergarten	Entfernung	Seit wann (Datum)
Hochspannungsleitungen/ Überlandleitungen					
Trafostationen					
Bahnstrom / Straßenbahn					
Bahnfunk					
Polizeifunk / Behördenfunk					
Militärfunk					
Radaranlage					
Ein Flughafen (innerhalb von 10km)					

13.c Leben Sie im Erdgeschoss über einer Kellerhauptstromleitung?
 ja nein Wenn ja, seit wann?

13.d Welche Maßnahmen, den hoch- und/oder niederfrequenten Elektrosmog betreffend, haben Ihnen bisher geholfen (Abschirmung, Therapien)?

.....

13.e Haben sich Ihre Symptome beim Ortswechsel an einen belastungsfreien Ort (ohne Mobilfunkstrahlung) verändert?
 (z.B. im Urlaub, auf Reisen, Umzug / Wohnungswechsel etc.)

ja nein

Wenn ja, wann?, und in welchem Ausmaß?
 Können Sie prozentuale Angaben machen?
 Symptomverbesserung _____ %
 Symptomverschlechterung _____ %

Bitte kurze Schilderung!

14. Sind Sie elektrosensibel? ja nein Wenn ja, seit wann?

15. Haben Sie ein Haustier ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hat Ihr Haustier Anzeichen von Gesundheits- oder Verhaltensstörungen ? Wenn ja welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, seit wann?
.....	
.....	
.....	
.....	

15.a Haben Sie Auffälligkeiten bei Ihren Zimmerpflanzen festgestellt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, seit wann?.....
bei Bäumen und Sträuchern um benachbarte Mobilfunkantennen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, seit wann?.....

16. Gab oder gibt es schwere Erkrankungen in Ihrer Wohngegend?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja seit wann?	
Wenn ja : Traten verschiedene Erkrankungen gehäuft auf? Welche und wie oft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	
.....	
.....	

17. Gab es vermehrt Todesfälle in Ihrer Wohngegend?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja seit wann ?.....	
Wenn ja : Traten verschiedene Todesursache(n) gehäuft auf ? Welche und wie oft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	
.....	
.....	

18. Sind Sie vermehrt Umweltbelastungen ausgesetzt? Beruflich und Privat. (z.B. Formaldehyd, Lösungsmittel, Dämpfe, Lacke, Schwermetalle, Spritzmittel, Pestizide und andere) Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	
.....	
.....	
.....	

19. Wurden Sie in den letzten Monaten von entscheidenden /
eingreifenden Schicksalsschlägen betroffen?

ja nein

wann

z.B: Arbeitslosigkeit,
finanzielle Krise,
Umzug,

Tod oder Verlust eines nahestehenden Menschen, Scheidung,
durch anderweitige Schicksalsschläge

zutreffendes bitte unterstreichen oder
ergänzen.....

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

Leiden Sie unter:	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten (1-8x pro Jahr) 2=manchmal (>4x/Monat) 3=häufig (1-4x/Woche) 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
Schlafstörungen	0	0			
Kopfschmerzen	0	0			
Kopfdruck	0	0			
Schweißausbrüche	0	0			
Schwindel	0	0			
Gleichgewichtsstörungen	0	0			
Allgemeinem Unwohlsein	0	0			
Gereiztheit / Aggressionen	0	0			
Depressionen/depressive Verstimmung	0	0			
Unruhe/Nervosität	0	0			
Übelkeit	0	0			
Heißhunger	0	0			
Appetitlosigkeit	0	0			
Übergewicht	0	0			
Untergewicht	0	0			
chronische Erschöpfung	0	0			
Müdigkeit / Antriebsmangel	0	0			
Mutlosigkeit	0	0			
Konzentrationsstörungen	0	0			
Gedächtnisstörungen / Vergesslichkeit	0	0			
verlangsamte Reaktionsfähigkeit	0	0			
Benommenheit	0	0			
Orientierungslosigkeit	0	0			
Wortfindungsstörungen	0	0			
Sprachstörungen	0	0			
Hyperaktivität / ADS	0	0			
Lernstörungen	0	0			
Ohrgeräusche / Tinnitus	0	0			
Hörverlust/Hörsturz	0	0			
Mundtrockenheit	0	0			

	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten 2=manchmal 3=häufig 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
Vermehrte Infektbereitschaft (Schnupfen, Grippe, Halsentzündung, Nasennebenhöhlen- Entzündungen, Bronchitis, Brechdurchfall, Nieren- u. Blasenentzündung, Unterleibsentzündungen, Hautentzündungen oder -Eiterungen) Entsprechendes unterstreichen oder ergänzen	0	0			
Krebs genaue Bezeichnung.....	0	0			
Metastasierung genaue Bezeichnung.....	0	0			
Leukämie genaue Bezeichnung.....	0	0			
Wärmegefühl am Ohr	0	0			
Wärmegefühl an anderen Körperpartien Welche?.....	0	0			
Bluthochdruck (Hypertonie) o stabil o labil	0	0			
niedriger Blutdruck (Hypotonie)	0	0			
Kollapsneigung (Kreislaufprobleme)	0	0			
Herzrhythmusstörungen	0	0			
Herzrasen	0	0			
Herzinfarkt	0	0			
Angina pectoris (durchblutungsbedingte Herzschmerzen)	0	0			
Schlaganfall	0	0			
Krampfanfälle/Epilepsie	0	0			
Multiple Sklerose	0	0			
Parkinson	0	0			
Polyneuropathie	0	0			
Atemstörungen	0	0			
Magen-Darmstörungen. Welche?	0	0			
Libido- und Potenzstörungen	0	0			
Unfruchtbarkeit	0	0			
Endometriose	0	0			
Schwangerschaftsabbrüche	0	0			

	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten 2=manchmal 3=häufig 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
geburtliche Fehlbildungen (Bei einem Ihrer Kinder)	0	0			
Wachstumsstörungen	0	0			
Blutbildveränderungen (wenn möglich Kopie beifügen) Welche?	0	0			
Autoimmunerkrankungen oder Reaktionen Welche?.....	0	0			
Angstzustände	0	0			
Panikattacken	0	0			
Rheuma/Gelenk- und Gliederschmerzen	0	0			
Augenerkrankungen Welche?.....	0	0			
grüner Star	0	0			
grauer Star	0	0			
Sehstörungen	0	0			
Verengung des Sichtfeldes	0	0			
Probleme der Haut oder Haare Welche?.....	0	0			
Sensibilitätsstörungen der Haut (Empfindungs-Irritationen, Kribbeln, Wärme, Brennen, Jucken etc. entsprechendes unterstreichen oder ergänzen.....)	0	0			
Sonstige Symptome (hormonelle Probleme, Knochen- und Muskelschmerzen) Entsprechendes bitte unterstreichen oder ergänzen	0	0			
Schilddrüsenerkrankungen. Welche?	0	0			
vergrößerte Lymphknoten	0	0			
Schwer heilende Wunden	0	0			
Allergien Welche?.....	0	0			
Sonstigen schweren Krankheiten Welche?	0	0			
Haben Sie Zahnmetalle, z.B. Amalgam, Goldinlays, Titan, Paladium und andere Metalle (entsprechendes unterstreichen oder ergänzen).....	0	0			

	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten 2=manchmal 3=häufig 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
Haben Sie kürzlich eine Zahnsanierung vorgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hat eine Amalgamausleitung stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wurden unmittelbar nach der Amalgamentfernung Kunststofffüllungen eingesetzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Haben Sie Kunststofffüllungen, Versorgung mit Keramik, etc. (entsprechendes unterstreichen oder ergänzen).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wie viel?..... und wie oft?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Essen Sie vermehrt Süßigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Essen Sie vermehrt Schokolade? Vermehrt dunkle Schokolade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sind Sie auf Grund einer von im Fragebogen angegebenen Beschwerden berufsunfähig geworden? Durch welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wie viel Prozent Berufsunfähigkeit?					
Nehmen Sie Medikamente ein (auch Hormone)? Wenn ja welche, wie oft und wie viel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein (Vitamine, Mineralien, Melatonin, sonstiges). Wenn ja welche, wie oft und wie viel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wie ernähren Sie sich? Normale Kost Vegetarisch Glutenfreie Kost sonstige Kost mit überwiegend biologischen Produkten	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			

	Ja	Nein	Häufigkeit 1=selten 2=manchmal 3=häufig 4=immer	Stärke 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark	Seit wann (Datum)
Werden Ihre Mahlzeiten in der Mikrowelle zubereitet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Benutzen Sie einen Induktionsherd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Haben Sie Implantate?					
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Gelenksimplantat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Zahnimplantate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Zahnmetallprothese, Zahnschiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
operationsbedingte Metallteile, (Verplattungen, Schrauben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sonstige – Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Haben Sie momentan (zum Zeitpunkt der Blutabnahme) einen grippalen Infekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Treiben Sie Sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sonstiges.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

Gerne können Sie uns auch Ihre individuelle Krankheitsgeschichte zuschicken.

Hinweis:
Für die therapeutische Beurteilung der Untersuchungsergebnisse ist Ihr jeweiliger Hausarzt, gerne in Rücksprache mit uns, zuständig.

 Ort, Datum

 Unterschrift und Einverständniserklärung
für statistische Auswertung

Copyright © Dr. med. Hans-Christoph Scheiner
 Franz-Wüllner-Strasse 39, 81247 München
 Tel: 089/ 88 52 22 www.drscheiner-muenchen.de