

# Spørreskjema

Etternavn: .....

Fornavn, herr / fr. ....

Sted og dato .....

## a) Symptomliste

Har du opplevd de følgende helseproblemene i løpet av de siste 30 dager?

Sett kryss i de passende rutene i hver linje.

Symptomer	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Litt sterkt	Meget sterkt	Hvis ja, siden når? (måned/år)
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Blodtrykksproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Konsentrasjonsvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Vansker med å finne ord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Koordineringsvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Omtåkethet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Synging i ørene, tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Utslitthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Utmattethet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Influensaliknende symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Glemsomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Uregelmessig hjerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Hyperaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Blir lett irritert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Leddsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Muskelspenninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Lydømfintlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Uro, spenninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Følelse av trykk i ørene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Hudplager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Press i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Akutt vannlatingsbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Annet (beskriv) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Annet (beskriv) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/

## b) Variasjoner i helseproblemer avhengig av tid og sted

Hvilke av dine helseproblemer mener du er mest plagsomme?	
Siden når har du opplevd disse helseproblemene?	
Til hvilke tider har du disse helseproblemene?	
Er der steder eller situasjoner der helseproblemene er værre eller spesielt plagsomme? (f.eks. på jobben, hjemme, under en lang mobilsamtale, når mobilen er innpå kroppen, når du arbeider med trådløse eller elektroniske enheter)	
Er der et sted hvor helseproblemene avtar eller forsvinner helt? (f.eks. på jobben, hjemme, andre steder, hos en venn, på ferie, på hytta, i skogen)	
Har du en forklaring på disse helseproblemene?	
Føler du deg stresset, f.eks. på grunn av endringer i privatlivet eller på jobben?	
Før opp alle miljøutredninger, målinger eller forebyggende/utbedrende tiltak du har fått gjort fram til nå.	
Før opp alle miljømedisinske diagnoser og behandlinger du har fått fram til nå.	
Før opp all eksponering du har vært utsatt for av miljøgifter, f.eks. kjemikalier, ugrasmidler, mugg, ikke-fysiologiske metaller, (nano)partikler.	

### c) Vurdering av EMF-eksponering hjemme og på jobb

1. Bruker du mobil eller smarttelefon hjemme (H) eller på jobb (J)?

Hvis ja, hvor lenge har du brukt en mobil med 2G, 3G eller 4G (år/måneder)? \_\_\_\_\_

Hvor mye bruker du mobilen til samtaler per dag (timer/minutter)? \_\_\_\_\_

Bærer du mobilen eller smarttelefonen tett inntil kroppen (OBS: app'er får smarttelefoner til å stråle.)? \_\_\_\_\_

Har du lagt merke til om det er noen forbindelse her til dine helseproblemer?

---

2. Har du en trådløs fasttelefon (DECT basestasjon) hjemme (H) eller på jobb (J)?

Hvis ja, hvor lenge har du hatt den (år/måneder)? \_\_\_\_\_

Hvor mye bruker du den til samtaler per dag (timer/minutter)? \_\_\_\_\_

Har du lagt merke til om det er noen forbindelse her til dine helseproblemer?

---

3. Bruker du trådløs internetttilgang (Wi-Fi, WiMAX, UMTS, LTE) hjemme (H) eller på jobb (J)?

Hvis ja, hvor lenge har du brukt den (år/måneder)? \_\_\_\_\_

Hvor mye bruker du den per dag (timer/minutter)? \_\_\_\_\_

Har du lagt merke til om det er noen forbindelse her til dine helseproblemer?

---

4. Bruker du sparepærer eller kompakte lysstoffrør-pærer i umiddelbar nærhet (arbeidslampe, over spisebordet, leselampe, sengelampe) hjemme (H) eller på jobb (J)?

Hvis ja, hvor lenge har du brukt den (år/måneder)? \_\_\_\_\_

Hvor lenge er du i nærheten av dem per dag (timer/minutter)? \_\_\_\_\_

Har du lagt merke til om det er noen forbindelse her til dine helseproblemer?

---

5. Er det en mobilmast (mobilbasestasjon) i nærheten av ditt hjem (H) eller ditt arbeidssted (J)?

Hvis ja, hvor lenge har den vært der (år/måneder)? \_\_\_\_\_

Hvor langt unna er den ditt hjem/arbeidssted? \_\_\_\_\_

Har du lagt merke til om det er noen forbindelse her til dine helseproblemer?

---

6. Er det noen høyspentledninger, transformatorstasjoner eller jernbanelinjer nær ditt hjem (H) eller ditt arbeidssted (J)?

Hvor lenge er du i nærheten av dem per dag (timer/minutter)? \_\_\_\_\_

Har du lagt merke til om det er noen forbindelse her til dine helseproblemer?

---

7. Bruker du noe Bluetooth-utstyr i bilen din?

Hvis ja, hvor lenge har du brukt slikt utstyr? \_\_\_\_\_

Har du lagt merke til om det er noen forbindelse her til dine helseproblemer?

---