

Probanden -ID<sup>1)</sup> :  .  .

## Anamnesebogen zur Wetterfühligkeit

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Die vorliegend aufgenommenen Daten werden ausschließlich für die statistische Erhebung von Wettersensibilitäts-/Elektrosensibilitätseffekten genutzt und werden nicht an Dritte außerhalb des Forschungsprojektes „Sferics/Wetter/Meridian-Feedback-Messungen“, weiter gegeben. Die Daten werden Identifikationsnummern zugeordnet. Die so entpersonalisierten Daten werden von den Namen der Testpersonen getrennt aufbewahrt. Die Anonymität bleibt damit gewahrt.

Forschungskreis für Geobiologie Dr. Hartmann e.V. (Waldbrunn-Wk.-Förderung); WKU, Erding & FKE GmbH Germering, 2012.

Mit \* gekennzeichneten Fragen sind freiwillig.

<sup>1)</sup> Die Probanden -Identifikationsnummer wird von uns ausgefüllt.



<b>I. Wetterfähigkeit</b>	0= nicht zutreffend  1 = etwas oder manchmal zutreffend  2 = sehr oder häufig zutreffend
1. Sind Sie wetterfähig? Wenn ja, seit wann? Zeitpunkt:	0 1 2
2. Beschwerden werden nachts beobachtet?	0 1 2
3. Beschwerden werden morgens beobachtet?	0 1 2
4. Beschwerden werden vormittags beobachtet?	0 1 2
5. Beschwerden werden nachmittags beobachtet?	0 1 2
6. Beschwerden werden abends beobachtet?	0 1 2
7. Sind Sie wettervorfühlilig? Wenn ja, seit wann? Zeitpunkt:	0 1 2
8. Haben Sie die Beschwerden ca. 12 Std. vor dem Wetterereignis?	0 1 2
9. Haben Sie die Beschwerden ca. 24 Std. vor dem Wetterereignis?	0 1 2
10. Haben Sie die Beschwerden ca. 36 Std. vor dem Wetterereignis?	0 1 2
11. Haben Sie die Beschwerden ca. 48 Std. vor dem Wetterereignis?	0 1 2
12. Ist Ihnen von Ihren Vorfahren bekannt, dass diese auch solche Sensibilitäten zeigten? Welche?	0 1 2

<b>II. Allgemeine Fragen</b>	1 = Ja, trifft zu 0 = Nein, trifft nicht zu
1. Rauchen Sie derzeit?*	1 0
2. Falls Sie derzeit rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?*	
Zutreffendes bitte ankreuzen.	
Weniger als 1 <input type="checkbox"/>	21 bis 30 <input type="checkbox"/>
1 bis 10 <input type="checkbox"/>	mehr als 30 <input type="checkbox"/>
11 bis 20 <input type="checkbox"/>	
3. Falls Sie derzeit nicht rauchen, haben Sie jemals zuvor Zigaretten geraucht und zwar für ein Jahr oder länger?*	1 0
Wie viele Zigaretten haben Sie durchschnittlich pro Tag geraucht?	
Zutreffendes bitte ankreuzen.	
Weniger als 1 <input type="checkbox"/>	21 bis 30 <input type="checkbox"/>
1 bis 10 <input type="checkbox"/>	mehr als 30 <input type="checkbox"/>
11 bis 20 <input type="checkbox"/>	

Probanden – ID<sup>1)</sup> :  .  .

4.	Falls Sie aufgehört haben zu rauchen, seit wann rauchen Sie nicht mehr?*		
5.	Wie viel Bier, Wein und Schnaps haben Sie letztes Wochenende getrunken?*(Freitag Abend, Samstag und Sonntag) Bier (Genauigkeit: 0,5 l) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Liter Leichtes Bier (Genauigkeit: 0,5 l) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Liter Alkoholfreies Bier (Genauigkeit: 0,5 l) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Liter Wein/Sekt (Genauigkeit: 0,2 l) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Liter Schnaps <input type="text"/> Gläser à : 0,02 l		
6.	Wie viel Bier, Wein und Schnaps haben Sie am letzten Werktag getrunken?*(Freitag) Bier (Genauigkeit: 0,5 l) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Liter Leichtes Bier (Genauigkeit: 0,5 l) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Liter Alkoholfreies Bier (Genauigkeit: 0,5 l) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Liter Wein/Sekt (Genauigkeit: 0,2 l) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Liter Schnaps <input type="text"/> Gläser à : 0,02 l		
7.	Essen Sie gerne süße Speisen?	1	0
8.	Sind Sie Vegetarier?	1	0
9.	Sind Sie Veganer?	1	0
10.	Haben sie chronische Erkrankungen? (z.B. Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Gicht usw.) Wenn ja, welche?	1	0
11.	Gibt es bei Ihnen eine familiäre Vorgeschichte bzgl. dieser chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Gicht usw.)? Wenn ja, welche?	1	0
12.	Haben sie andere Erkrankungen?	1	0
13.	Wie schätzen Sie Ihren gesundheitlichen Zustand im Vergleich zu Ihrer Altersgruppe ein? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht		
14.	Hatten Sie einen Unfall mit gebrochenen Knochen, Sehnenabrissen? Wenn ja, welche? Wann?	1	0
15.	Sind Sie Allergiker? Wenn ja, welcher Art?	1	0

Probanden – ID<sup>1)</sup> :    .  .  .

<b>III. Wie äußert sich Ihre Wetterfühligkeit?</b>		0 = nicht zutreffend
		1 = etwas oder manchmal zutreffend
		2 = sehr oder häufig zutreffend
	<u>Allgemeinbefinden / Psyche</u>	
1.	Allgemeines Unbehagen	0 1 2
2.	Konzentrationsstörungen	0 1 2
3.	Störung der Leistungsfähigkeit	0 1 2
4.	Gesteigerte Vergesslichkeit	0 1 2
5.	Vermehrte Fehlerneigung	0 1 2
6.	Vermindertes Reaktionsvermögen	0 1 2
7.	Antriebslosigkeit	0 1 2
8.	Abgeschlagenheit	0 1 2
9.	Depression	0 1 2
10.	Erschöpfungszustände	0 1 2
11.	Müdigkeit	0 1 2
12.	Niedergeschlagenheit	0 1 2
13.	Missmutige Stimmungslage	0 1 2
14.	Angst- und Beklemmungszustände	0 1 2
15.	Atemnot	0 1 2
16.	Schweißausbrüche	0 1 2
17.	Gereiztheit	0 1 2
18.	Aggressivität	0 1 2
19.	Nervosität	0 1 2
20.	Stress	0 1 2
21.	Appetitlosigkeit	0 1 2
22.	Infektanfälligkeit	0 1 2
23.	Durchschlafstörungen	0 1 2
24.	Einschlafstörungen	0 1 2
25.	Unruhiger Schlaf	0 1 2
26.	Verschlimmerung bestehender chronischer Krankheiten	0 1 2
	<u>Kopfbereich</u>	
27.	Kopfdruck	0 1 2
28.	Kopfschmerzen	0 1 2

Probanden – ID<sup>1)</sup> :  .  .

29.	Migräne	0	1	2
30.	Nervenschmerzen	0	1	2
31.	Zahnschmerzen	0	1	2
32.	Augenschmerzen	0	1	2
33.	Flimmern vor den Augen	0	1	2
	<u>Hals-Nasen-Ohren</u>			
34.	Ohrenschmerzen	0	1	2
35.	Ohrgeräusche	0	1	2
36.	Halsschmerzen	0	1	2
37.	Schnupfen	0	1	2
38.	Heuschnupfen	0	1	2
39.	Husten	0	1	2
	<u>Herz-Kreislauf</u>			
40.	Erhöhter Blutdruck	0	1	2
41.	Niedriger Blutdruck	0	1	2
42.	Kreislaufbeschwerden	0	1	2
43.	Herzbeschwerden	0	1	2
44.	Durchblutungsstörungen	0	1	2
45.	Schwindelanfälle	0	1	2
	<u>Magen-Darm-Erkrankung</u>			
46.	Magenbeschwerden	0	1	2
47.	Verdauungsstörungen	0	1	2
48.	Nervöse Funktionsstörungen	0	1	2
49.	Krämpfe	0	1	2
50.	Übelkeit	0	1	2
51.	Stoffwechselstörungen	0	1	2
	<u>Unterleib</u>			
52.	Harnwege, Blase	0	1	2
53.	Periodenstörung	0	1	2
54.	Schmerzhafte Periodenblutung	0	1	2
55.	Wechseljahresbeschwerden	0	1	2
56.	Prostatabeschwerden	0	1	2
57.	Störung in der sexuellen Erlebnisfähigkeit	0	1	2
	<u>Bewegungsapparat</u>			
58.	Gelenkschmerzen	0	1	2
59.	Gliederschmerzen	0	1	2
60.	Sehnenscheidenentzündung	0	1	2

Probanden – ID<sup>1)</sup> :    .  .  .

61.	Rheumatische Beschwerden	0	1	2
62.	Phantomschmerz	0	1	2
63.	Knochenbruchschmerzen	0	1	2
64.	Muskelschmerzen	0	1	2
65.	Muskelverspannungen	0	1	2
66.	Rückenschmerzen	0	1	2
67.	Wirbelsäulenbeschwerden	0	1	2
	<u>Haut und Haare</u>			
68.	Narbenschmerzen	0	1	2
69.	Überempfindlichkeit der Haut (Stechen, Schmerzen)	0	1	2
70.	Missempfinden /Taubheitsgefühl der Haut	0	1	2
71.	Hautausschlag	0	1	2
72.	Rötung	0	1	2
73.	Juckreiz	0	1	2
74.	Haarausfall	0	1	2
	<u>Sonstiges</u>			
75.	Gibt es besondere oder ungewöhnliche, aber gehäufte und wiederkehrende Phänomene bei Ihnen, die bei bestimmten Wetterlagen eintreten?			

<b>IV. Wetterlagen: Bei welcher Wetterlage reagieren Sie?</b>		0 = nicht zutreffend
		1 = etwas oder manchmal zutreffend
		2 = sehr oder häufig zutreffend
1.	Kälteeinbruch	0 1 2
2.	Nasskalte Wetterlage	0 1 2
3.	Wärmeeinbruch	0 1 2
4.	Hitzeperiode	0 1 2
5.	Föhn	0 1 2
6.	Schönwetterlage (Hoch)	0 1 2
7.	Wettersturz im Gebirge	0 1 2
8.	Wetterumschwung	0 1 2
9.	Starke Wetterdynamik („Aprilwetter“)	0 1 2
10.	Gewitter	0 1 2
11.	Stürmische Wetterlage	0 1 2

