

Leitfaden für den Schriftwechsel von Mobilfunckerkrankten mit den Behörden

Schreiben Sie, auch wenn es schwer fällt, einen ersten Krankheitsbericht und senden Sie diesen per Einschreiben an die unten aufgeführten Behörden und Institutionen. Bitte orientieren Sie sich dabei an den Vorgaben dieses Leitfadens. Als Antwort werden Sie voraussichtlich nur zusammenkopierte, vorformulierte Textbausteine erhalten. Doch je mehr Menschen sich mit Hochfrequenz-Symptomen melden, desto größer wird der Handlungsdruck für Behörden und Regierungen. Optimal wäre es, wenn Ihr behandelnder Arzt Sie unterstützt und die Symptome sowie die Diagnose schriftlich bestätigt.

Bürgerinitiativen helfen Ihnen

Benötigen Sie Hilfe beim Verfassen Ihres Krankheitsberichtes, wenden Sie sich mit dem Leitfaden an eine Bürgerinitiative in Ihrer Nähe. Das [Netzwerk Risiko Mobilfunk](#) nennt Ihnen Kontaktadressen. Und unter www.izgmf.de finden Sie eine lange Liste von Bürgerinitiativen, sortiert nach Postleitzahlen.

Vereint sind Sie stärker

Zeigen Familienangehörige, Nachbarn oder Andere unter Mobilfunkeinwirkung ähnliche Krankheitssymptome dann vereinen Sie sich und verfassen Sie für jeden Betroffenen einen Krankheitsbericht. Schicken Sie die Berichte gebündelt an die unten genannten Behörden und Institutionen. Fragen Sie Ihre Mitbürger nach deren Gesundheitszustand und erzählen Sie von Ihren eigenen Symptomen. Viele Menschen die unter Mobilfunk leiden haben Angst darüber zu sprechen und wagen es nicht auf sich aufmerksam zu machen.

Der vorliegende Leitfaden besteht aus

1. [Gliederungsgerüst für Ihren Krankheitsbericht](#)
2. [EMF-Fragebogen](#)
3. [Auswertungserklärung](#) für die private, ärztliche Dokumentationsstelle (EMF)
4. [Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht](#)
5. [Formulierungsvorschlag für einen Strafantrag](#)

An wen soll ich meinen Krankheitsbericht schicken?

Alle Adressen der nachfolgend genannten Behörden und Einrichtungen finden Sie im Internet z. B. unter <http://www.izgmf.de/Kontakte/Meldestellen/meldestellen.html>

1. zuständiges Ministerium Ihres Bundeslandes
2. örtliches Gesundheitsamt Ihres Wohnsitzes
3. bundesweite, private, ärztliche Meldestelle (EMF)
4. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit
5. Bundesamt für Strahlenschutz
6. Bundesministerium für Gesundheit
7. Bundesärztekammer
8. Ärztekammer Ihres Bundeslandes
9. Institut für Menschenrechte
10. Weltgesundheitsorganisation WHO

Unbedingt anschreiben müssen Sie das für Gesundheit zuständige Landesministerium Ihres Bundeslandes und das untergeordnete örtliche Gesundheitsamt, denn die Aufgaben dieser Ämter sind "die gesundheitliche Prävention und der Gesundheitsschutz". Sie haben die Befugnis und die Pflicht Untersuchungen z.B. durch die Landesuntersuchungsanstalten oder sonstige Sachverständige einzuleiten.

Die private, ärztliche Meldestelle für Krankheiten durch elektromagnetische Felder (EMF) spielt eine besondere Rolle: Hier werden bundesweit Betroffenenberichte gesammelt, dokumentiert und ausgewertet. So können sie später als Beweismittel herangezogen werden. Bitte fügen Sie der Kopie Ihres Krankheitsberichtes für die ärztliche Meldestelle (EMF) eine ausgefüllte [Auswertungserklärung](#) bei, in der Sie festlegen, ob Ihre Erkrankung anonym oder aber mit Ihrem Namen ausgewertet werden darf.

Weitere Kopien Ihres Briefes können Sie an folgende Empfänger zur Kenntnisnahme schicken:

- Hausarzt
- Krankenkasse
- Bürgermeister/Gemeinde

Wie verfasse ich meinen Krankheitsbericht am besten?

Formulieren Sie grundsätzlich kurz und prägnant das Wesentliche. Bleiben Sie bei den nachprüfbaren Fakten, vermeiden Sie Behauptungen und ausschweifende Erzählungen. Stellen Sie zum Schluss klare Forderungen, was die Behörde unternehmen soll.

Für Ihren Krankheitsbericht steht Ihnen ein [Gliederungsgerüst](#) und ein vorgefertigter [Fragebogen](#) zur Verfügung. In aller Regel führt der Fragebogen viel mehr Symptome und Punkte auf, als bei Ihnen zutreffen müssen.

Wichtig! Was Sie im Fragebogen nicht wissen, lassen Sie einfach weg!

Sie haben zwei Möglichkeiten für Ihren Krankheitsbericht:

Entweder

Sie füllen den Fragebogen soweit sie können aus und verfassen dann mit Unterstützung des Gliederungsgerüsts ein kurzes Begleitschreiben (empfohlen!).

oder

Sie verwenden den Fragebogen nur als Unterstützung und schreiben alle Symptome und Punkte, die auf Sie zutreffen in Ihren Bericht hinein.

Bedeutung der Schriftarten im Gliederungsgerüst

fettgedruckt:	→	Alles Fettgedruckte ist für Ihren Brief ein Muss
<i>kursiv:</i>	→	Mustersätze, die übernommen werden können
(in Klammern)	→	Bemerkungen
Aufzählung: - a	→	Wählen Sie die in Ihrem Fall zutreffenden Punkte aus
- b		
- c		

Gliederungsgerüst für Ihren Krankheitsbericht

Absender	-
Postadresse der Behörde	-
Betreff	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Akute Gesundheitsgefährdung durch gepulste Hochfrequenzstrahlung</i> - <i>Akute Gesundheitsgefährdung durch Mobilfunksender</i> - (oder selbst einen zutreffenden Betreff formulieren)
Persönliche Daten (tabellarisch, nicht nötig wenn Sie den Fragebogen ausfüllen)	<ul style="list-style-type: none"> - Vorname - Nachname - Geburtsdatum - Beruf - Körpergröße - Körpergewicht
Stichpunkte für die Einleitung (zutreffende auswählen. Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen, sollten Sie hier möglichst keine Angaben wiederholen)	<ul style="list-style-type: none"> - wann begann Ihre Mobilfunckerkrankung - zeitliche Ablauf der Mobilfunckerkrankung - wie war Ihr Gesundheitszustand, Ihre körperliche und seelische Verfassung und Ihre geistige Leistungsfähigkeit vor der Mobilfunckerkrankung - sind sie sportlich - Raucher (wenn ja, wieviel täglich) - Alkoholkonsum (nie, gelegentlich, regelmässig) - regelmässige Medikamenteneinnahme (welche) - Vorerkrankungen - Metallbelastung (z.B. im Mund, im Körper oder beruflich), Gold, Amalgam, Titan, Blei, Aluminium - chemische Belastung (beruflich, Umweltgifte, Wohngifte, Chemotherapie) - Allergien - (weitere persönliche Besonderheiten)
Symptome Ihrer Erkrankung	(Wenn Sie den Fragebogen verwenden, müssen Sie an dieser Stelle lediglich auf den Fragenbogen verweisen. Anderenfalls beschreiben Sie Ihre Symptome und wann, wo, wie oft und wie stark sie auftreten. Schreiben Sie dazu zunächst die Symptome aus dem Fragebogen heraus, die bei Ihnen zutreffen)
Erläuterungen (Schreiben Sie zunächst die Stichpunkte heraus, die bei Ihnen zutreffen. Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, sollten Sie hier möglichst keine Angaben wiederholen)	<ul style="list-style-type: none"> - wieso bringen Sie Ihre Erkrankung mit der Hochfrequenzbelastung in Verbindung - seit wann wurden Mobilfunksender (DECT/W-LAN) in Ihrer Nachbarschaft in Betrieb genommen - wie weit sind die Mobilfunksender entfernt - wussten Sie von den Sendern vor Ihrer Mobilfunckerkrankung - seit wann wissen Sie von den Mobilfunksendern - wo sind Sie besonders der Hochfrequenzstrahlung ausgesetzt (Wohnung, Arbeitsplatz etc.)

	<ul style="list-style-type: none"> - wann und wodurch erhielten Sie erstmals Kenntnis von einer möglichen Gesundheitsgefährdung durch hochfrequente elektromagnetische Felder (Presse, Fernsehen, Bekannte, etc.) - geht es Ihnen woanders besser (im Wald, in mobilfunkarmen Tälern, bei Bekannten) - haben Sie versucht die Strahlenbelastung zu reduzieren - haben Sie Abschirmungsversuche unternommen, mit welchem Erfolg - haben auch andere Menschen Ihre Symptome bemerkt - haben Familienmitglieder, Mitbewohner, Nachbarn, Arbeitskollegen ähnliche Symptome (wenn ja, kurze Beschreibung) - haben Sie Veränderungen bei Tieren oder Pflanzen beobachtet - haben Sie Ärzte aufgesucht - welche (Blut-, Urin-) Untersuchungen wurden gemacht - welche Diagnosen wurden gestellt (eventuell Kopien) - wurden Medikamente verordnet (welche?) - wurden Sie psychisch behandelt - wurden Hochfrequenz-Messungen durchgeführt (Protokoll) - wurden Niederfrequenz-Messungen durchgeführt (Protokoll) - haben Sie Ihren Schlafplatz verlegt - haben Sie den Aufenthalt in den belasteten Räumlichkeiten eingeschränkt oder sind Sie weggezogen - wurden Innerschadstoffe gemessen (Protokoll)
<p>Schlussbemerkungen und Forderungen (Vorschläge für Formulierungen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bitte Antworten Sie mir nicht mit der Einhaltung der Grenzwerte der 26. BimSchV. Diese bieten mir keinen ausreichenden Gesundheitsschutz.</i> - <i>Ich fordere Sie auf unverzüglich zu handeln, der akuten Gesundheitsgefährdung vor Ort qualifiziert nachzugehen und sofort Abhilfe zu schaffen.</i> - <i>Auch ein probeweises Abschalten der verdächtigen Sender darf nicht ausgeschlossen werden.</i>

Was tun wenn die Behörden nicht handeln?

Antworten der Behörden können Sie selbstverständlich beliebig erwidern. Den Fokus sollten Sie jedoch auf die Gesundheitsämter richten. Gesundheitsschutz ist Ländersache. Falls Ihrer Gesundheitsgefährdung nicht vor Ort nachgegangen und keine Abhilfe geschaffen wird, schreiben Sie unbedingt einen zweiten Einschreibebrief an das Ministerium Ihres Bundeslandes, am besten namentlich an den amtierenden Minister. Darin beziehen Sie sich auf Ihr Ersts Schreiben und wiederholen kurz und unmissverständlich Ihre Not und folgende Schlussforderung:

"Die Gesundheitsämter sind für die gesundheitliche Prävention und den Gesundheitsschutz zuständig. Ich fordere Sie nochmals auf Ihrer Amtspflicht nachzukommen, entsprechende Untersuchungen einzuleiten und der Gesundheitsgefährdung sofort Abhilfe zu schaffen"

Es bleibt Ihnen überlassen mit Hinweis auf die Dienstpflicht mit einer Anzeige wegen unterlassener Hilfeleistung zu drohen. Eine Kopie dieses zweiten Schreibens schicken Sie an Ihr örtliche Gesundheitsamt und an die private, ärztliche Meldestelle (EMF).

Sollten sich die Gesundheitsämter weiter nicht rühren haben Sie noch die Möglichkeiten die Beamten wegen unterlassener Hilfeleistung bei der Polizei anzuzeigen (symbolische Wirkung). Der Anzeige fügen Sie Kopien des Schriftwechsels mit den Gesundheitsbehörden und die [Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht](#) bei.

Unabhängig davon haben Sie die Möglichkeit bei der Polizei [Strafantrag](#) wegen Körperverletzung zu stellen und sich auf die im Grundgesetz verankerte körperliche Unversehrtheit (Art. 2) zu beziehen. In der Anzeige können Sie die Symptome schildern, für die Sie bestimmte Hochfrequenzquellen verantwortlich machen.

Habe ich die neueste Ausgabe des Leitfadens?

Bei Änderungen am Leitfaden wird dieser unter einer neuen Ausgabennummer herausgegeben. Die jüngste Ausgabe des Leitfadens finden Sie stets auf den Websites

- www.netzwerk-risiko-mobilfunk.de
- www.izgmf.de

An der Ausgabennummer können Sie erkennen, wann Ihre Ausgabe des Leitfadens herausgegeben wurde:

- die ersten beiden Ziffern nennen das Ausgabejahr
- die nächsten beiden Ziffern nennen den Ausgabemonat

Beispiel: Ausgabe 060531 ist im Mai 2006 herausgegeben worden.

Auskunft darüber, welche Änderungen von einer Ausgabe zur nächsten Ausgabe am Leitfaden stattgefunden haben, gibt das [Änderungsprotokoll](#).

Fragebogen zur Erfassung von Gesundheitsschäden durch hochfrequente elektromagnetische Felder

(Mobilfunksender, DECT, W-LAN, Handy u. a.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Adresse

.....

Telefon

Wo waren oder sind Sie hochfrequenten elektromagnetischen Feldern ausgesetzt?

zu Hause	am Arbeitsplatz	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Stunden pro Tag halten Sie sich durchschnittlich in den hochfrequenzbelasteten Räumen auf?			
.....			

Hochfrequenzbelastung zu Hause

<input type="checkbox"/> Mobilfunksender Standorte:	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Radio- oder Fernsehsender	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Richtfunk	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Eigenes Schnurlos-Telefon (DECT) Typenbezeichnung:	Standort: Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:
<input type="checkbox"/> Schnurlos-Telefon (DECT) bei Nachbarn	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN (eigenes)	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN (bei Nachbarn)	Standort:	seit:

<input type="checkbox"/> Handybenutzung	Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:
---	---	-------------

Hochfrequenzbelastung am Arbeitsplatz oder in der Schule

<input type="checkbox"/> Mobilfunksender	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Radio- oder Fernsehsender	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Richtfunk	Entfernung in Metern:	seit:
<input type="checkbox"/> Schnurlos-Telefon (DECT) Typenbezeichnung:	Standort: Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:
<input type="checkbox"/> W-LAN	Standort:	seit:
<input type="checkbox"/> Handybenutzung (eigene)	Gesamtdauer der Telefonate pro Tag:	seit:
<input type="checkbox"/> Handybenutzung (Kollegen/Mitschüler)	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig	seit:

Wann und durch wen erhielten Sie erstmals Kenntnis von einer möglichen Gesundheitsgefährdung durch hochfrequente elektromagnetische Felder?

Presse Fernsehen Sonstiges

Symptome

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus. Eventuelle Ergänzungen mit Angabe der Nr. am Ende der Liste anfügen.

Symptome	nie	selten	manchmal	oft	ständig	seit ca.
1. Einschlafprobleme						
2. Häufiges Aufwachen						
3. Chronische Erschöpfung						
4. erhöhter Schlafbedarf						
5. Antriebsarmut						
6. Unlust						
7. Kopfschmerzen						
8. Kopfdruck						
9. Benommenheit						
10. Nervosität						
11. Unruhe						
12. Unwohlsein						
13. Hitzegefühl						
14. Inneres Zittern						
15. Inneres Brennen						

Symptome	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
16. Gereiztheit						
17. Aggressivität						
18. Depressive Stimmung						
19. Gefühl der Hilflosigkeit						
20. Panikattacken						
21. Konzentrationsstörungen						
22. Schreibfehler						
23. Lernstörungen						
24. Vergesslichkeit						
25. Wortfindungsstörungen						
26. Sprechfehler						
27. Gelenkschmerzen (welche?)						
28. Muskelschmerzen (wo?)						
29. Nackenschmerzen						
30. Weichteilschmerzen (wo?)						
31. Nervenschmerzen (wo?)						
32. Zahnschmerzen						
33. Nebenhöhlenentzündung						
34. Infekte						
35. Veränderung der Stimme						
36. Halsentzündung						
37. vergrößerte Lymphknoten						
38. Langsame Wundheilung						
39. Hautveränderungen (welche?)						
40. Brennen der Haut						
41. Kribbeln der Haut						
42. Taubheitsgefühl						
43. Juckreiz						
44. allergische Reaktion						
45. Herzrasen						
46. Herzschmerzen						
47. Herzrhythmusstörungen						
48. Blutdruckerhöhung anfallweise						
49. Blutdruckerhöhung ständig						
50. Atemnot anfallweise						
51. Kollapszustände						
52. Schwindel						
53. Gleichgewichtsstörungen						
54. Ohrgeräusche (Tinnitus)						
55. Geräusche im Kopf						
56. Hörverlust, Hörsturz						
57. Lärmempfindlichkeit						
58. Augenschmerzen						
59. Geschwollene Augen						

Symptome	nie	selten	manch- mal	oft	ständig	seit ca.
60. Ringe unter den Augen						
61. Sehstörungen						
62. Augenentzündung						
63. trockene Augen						
64. Nasenbluten						
65. Geruchsempfindlichkeit						
66. Haarausfall						
67. Schilddrüsenprobleme						
68. Wachstumsstörungen						
69. Hormonstörungen						
70. Gewichtszunahme						
71. Gewichtsabnahme						
72. Appetitlosigkeit						
73. Übelkeit						
74. Durchfälle						
75. Ungewöhnliches Hungergefühl						
76. Vermehrtes Durstgefühl						
77. Schwitzen (nachts)						
78. Häufiges Wasserlassen (nachts)						
79. Einnässen						
80. Zähneknirschen (nachts)						

Fügen Sie Anmerkungen mit Angabe der Nr. hinzu und ergänzen Sie Symptome oder Erkrankungen, die nicht auf dem Bogen stehen

Welche Symptome traten auf?	Seit wann?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Haben Sie Veränderungen bei Tieren oder Pflanzen beobachtet?

Nein Ja, welche?

.....

Welche Ärzte wurden aufgesucht? (Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben, wenn bekannt)

.....

.....

.....

.....

.....

Wie oft?

Welche Diagnosen wurden gestellt? (Bitte Kopien von Arztbriefen beilegen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Blut- und Urinuntersuchungen wurden durchgeführt?
(Bitte Kopien der Befunde beilegen)

.....

.....

.....

.....

Welche Medikamente wurden Ihnen im Zusammenhang mit Ihrem Beschwerdebild verordnet?

.....

.....

.....

.....

Wurde Ihnen eine Psychotherapie bzw. eine psychosomatische REHA-Maßnahme empfohlen?

Nein Ja

Haben Sie Messungen durchführen lassen? (wenn ja, bitte Kopien der Messprotokolle anfügen)

Nein Ja, mit folgenden Ergebnissen:

.....

.....

Haben Sie Ihren Schlafplatz verlegt?

Nein Ja, wann und wohin?

Haben Sie Abschirmmaßnahmen durchgeführt, um die Hochfrequenzexposition zu verringern?

Nein, weil

Ja, welche

.....

Haben diese Maßnahmen eine Verringerung oder ein Verschwinden von Symptomen bewirkt?

Nein Ja, bei welchen Symptomen?

.....

Vorübergehend?

Haben Sie den Aufenthalt in den belasteten Räumlichkeiten eingeschränkt oder sind Sie weggezogen?

Nein, weil

Ja, wohin

wann?

Hat sich in Ihrem häuslichen Wohnumfeld in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Renovierung mit neuen Farben oder Hölzern, neue Möbel, neue Teppiche)

Nein Ja, was?

.....

Hat sich in Ihrem weiteren Wohnumfeld in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Ansiedlung von neuen Industriebetrieben oder landwirtschaftlichen Betrieben, neue Straßen)

Nein Ja, was?

.....

.....

Hat sich an Ihrem Arbeitsplatz in den letzten Jahren etwas geändert? (z. B. Renovierung oder Neuausstattung)

Nein Ja, was?

.....

.....

Leben Sie in der Nachbarschaft zu einer Müllverbrennungsanlage oder einem chemischen Industriebetrieb?

Nein Ja, welche Art von Betrieb?

.....

Haben Sie Metallbelastungen wie Gold, Amalgam, Titan, Blei, Aluminium usw. (z. B. im Mund, im Körper oder beruflicher Kontakt)?

Nein Ja, welcher Art, (wie viele Zähne)?

.....

.....

Haben Sie chemische Belastungen (Umweltgifte, Wohngifte, beruflicher Kontakt)

Nein Ja, welcher Art, (Befund, Messungen)?

.....

.....

Haben Sie im Zusammenhang mit den Gesundheitsstörungen Kontakte zu staatlichen Behörden (z. B. Bürgermeister, Umweltamt, Gesundheitsamt, Ministerien) oder zu den Mobilfunkbetreibern aufgenommen? (Falls Schriftverkehr vorhanden, bitte Kopien anfügen)

Nein Ja, mit wem und wann?

.....

.....

.....

Haben Sie im Zusammenhang mit den Gesundheitsstörungen bereits zivilrechtliche Klagen angestrebt oder eingereicht? (Falls Schriftverkehr vorhanden, bitte Kopien anfügen)

Nein Ja, bei welchem Gericht und wann?

.....

.....

Persönliche Angaben

Körpergröße cm
Körpergewicht kg
Raucher	Nein Ja, wie viele Zigaretten pro Tag? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stück
Alkohol	nie gelegentlich häufig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frühere Erkrankungen, Operationen und regelmäßige Medikamenteneinnahme:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Große seelische Belastung (privat oder am Arbeitsplatz):	
.....	
.....	

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Auswertungserklärung

Erklärung gegenüber der privaten, ärztlichen Meldestelle und den dokumentierenden Ärzten.

Ich
(Vor- und Zunahme)

erlaube den dokumentierenden Ärzten die

anonyme namentliche
 (zutreffendes ankreuzen)

Auswertung meiner Mobilfunckerkrankung und die uneingeschränkte Weitergabe der Daten an zuständige Behörden und Einrichtungen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Erklärung (gegenüber Ihren behandelnden Ärzten)

Ich
(Vor- und Zunahme)

entbinde den/die nachfolgend genannten Arzt/Ärzte von seiner/ihrer Verschwiegenheitspflicht gegenüber ermittelnden Strafverfolgungsbehörden:

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

(Name des Arztes/der Ärzte mit Praxisanschrift)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Strafantrag

Ich stelle hiermit Strafantrag gegen

.....
(Haus- oder Grundstücksbesitzer oder Mobilfunkbetreiber oder Unbekannt)

wegen des dringenden Verdachtes auf Körperverletzung durch gepulste, hochfrequente elektromagnetische Felder.

Laut Grundgesetz besteht das Recht auf Leben und Unversehrtheit.

Name/Vorname

Strasse

PLZ/ Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Bisher aufgetretene Krankheitssymptome:

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

Änderungsprotokoll

Was hat sich von einer Ausgabe zur nächsten inhaltlich am Leitfaden getan? Das Änderungsprotokoll gibt dazu kurz & knapp Auskunft.		
Ausgabe	Code: K = Fehlerkorrektur; M = Änderung; N = Neu; L = Löschung	
		Beschreibung
060531	N	Erstausgabe des Leitfadens