

# Frågeformulär

Namn ..... Person-  
 nummer.....  
 Ort, datum ..... Man/Kvinna .....

## a) Lista över symptom

Har du upplevt följande hälsoproblem under de senaste 30 dagarna?  
 Markera ett alternativ på varje rad med X

Symptom	Inte alls	Lite grand	Måttligt	Ganska mycket	Mycket	Om ja, sedan när (år/månad)
Oro/Ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Blodtrycksproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Svårt att finna ord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Svårt att koordinera rörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Hörselproblem, tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Utmattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Influensaliknande symptom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Dåligt minne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Hjärtklappning	<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"/>	/
Lättretlighet, irritabilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Ledsmärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Muskelbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Ljudkänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Rastlöshet, stresskänsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Tryckkänsla i öronen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Hudproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Sömnpromblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Tryck över bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Urinträngningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Annat (beskriv vad) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Annat (beskriv vad) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Annat (beskriv vad) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/

## b) Variation av hälsoproblem beroende på tid och plats

Vilka hälsoproblem har du mest besvär av?	
Sedan när har du upplevt dessa hälsoproblem?	
Vid vilka tidpunkter uppstår dessa hälsoproblem?	
Finns det en plats eller några omständigheter där hälsoproblemen ökar eller är särskilt allvarliga? (T ex på arbetet, hemma, vid långa mobiltelefon-samtal, mobiltelefon intill kroppen, arbete med Wi-Fi eller andra elektroniska apparater.)	
Finns det en plats där hälsoproblemen avtar eller försvinner helt och hållet? (T ex på arbetet, hemma, på andra platser, hos en vän, på semester, under helgen hemma, i skogen.)	
Har du någon förklaring till dessa hälsoproblem?	
Upplever du stress, t.ex. på grund av förändringar i ditt privatliv eller på ditt arbete?	
Ange eventuella miljömässiga bedömningar, mätningar eller förebyggande/korrigerande åtgärder som vidtagits fram till nu.	
Ange eventuella miljömedicinska diagnoser och behandlingar som givits fram till nu.	
Ange eventuella miljöexponeringar du har utsatts för t.ex. kemikalier, bekämpningsmedel, mögel, icke-fysiologiska metaller (kvicksilver, nickel, bly, höga kopparhalter etc), (nano)partiklar.	

## c) Bedömning av exponering för elektromagnetiska fält i hemmet och på arbetsplatsen

### 1. Använder du en mobiltelefon eller smartphone hemma (H) eller på arbetet (A)?

Om **ja**, hur länge har du använt den i 2G, 3G eller 4G-läge (år/månader)? \_\_\_\_\_

Hur mycket använder du den för att ringa samtal per dag (timmar/minuter)? \_\_\_\_\_

Bär du din mobiltelefon eller smartphone nära kroppen? \_\_\_\_\_

Har du märkt någon relation till dina hälsoproblem? \_\_\_\_\_

---

### 2. Har du en trådlös telefon (DECT basstation) hemma (H) eller på ditt arbete (A)?

Om **ja**, hur länge har du haft det (år/månader)? \_\_\_\_\_

Hur mycket använder du den för att ringa samtal per dag (timmar/minuter)? \_\_\_\_\_

Har du märkt någon relation till dina hälsoproblem? \_\_\_\_\_

---

### 3. Använder du trådlöst internet (Wi-Fi) eller trådlöst bredband hemma (H) eller på ditt arbete (A)?

Om **ja**, hur länge har du använt det (år/månader)? \_\_\_\_\_

Hur mycket använder du det per dag (timmar/minuter)? \_\_\_\_\_

Har du märkt någon relation till dina hälsoproblem? \_\_\_\_\_

---

### 4. Använder du LED-/lågenergilampor i din omedelbara närhet (skrivbordslampa, matbordslampa, läslampa, sänglampa) hemma (H) eller på din arbetsplats (A)?

Om **ja**, hur länge har du använt dem (år/månader)? \_\_\_\_\_

Hur länge är du utsatt för dem per dag (timmar/minuter)? \_\_\_\_\_

Har du märkt någon relation till dina hälsoproblem? \_\_\_\_\_

---

### 5. Finns det en mobilmast (basstation för mobiltelefoni) i närheten av ditt hem (H) eller på arbetet (A)?

Om **ja**, hur länge har den funnits där (år/månader)? \_\_\_\_\_

Hur långt från ditt hem/arbetsplats finns den? \_\_\_\_\_

Har du märkt någon relation till dina hälsoproblem? \_\_\_\_\_

---

### 6. Finns det några kraftledningar, transformatorstationer eller järnvägslinjer i närheten av ditt hem (H) eller din arbetsplats (A)?

Om **ja**, hur länge är du utsatt för dem per dag (timmar/minuter)? \_\_\_\_\_

Hur långt från ditt hem/arbete finns de? \_\_\_\_\_

Har du märkt någon relation till dina hälsoproblem? \_\_\_\_\_

---

### 7. Använder du Blåtand/Bluetooth-enheter i bilen?

Om **ja**, hur länge har du använt dem? \_\_\_\_\_

Har du märkt någon relation till dina hälsoproblem? \_\_\_\_\_

---