

ENQUETEFORMULIER van de Werkgroep Elektrische Overgevoeligheid (WEO)

Versie 260905



**Formulier kan ook digitaal worden ingevuld: klik op hokjes of tekstgedeelten
Bij invullen met pen: papier mag ook aan achterzijde beschreven worden**

Datum: Geboortedatum: Vrouw Man

Voornaam: Achternaam:

Straat: nr.

Postcode: Plaats

E-mail: Tel.nr. Mobiel nr.

Beroep/Opleiding:

Hoe bent u aan ons adres gekomen?

Heeft u zakelijke bedoelingen met de gegevens van de WEO?

1 Wanneer is uw elektrische overgevoeligheid ontstaan?

als kind als tiener als volwassene

In het jaar:

1A Is stress of plaatsing van een apparaat de oorzaak?

- Stress door langdurige blootstelling aan elektromagnetische straling
- Een stressvolle periode
- Een verhuizing
- Plaatsing van een GSM, C2000 of UMTS, Digitale TV/Radio antenne in uw omgeving
- Plaatsing van DECT telefoon, thuis of bij de burens
- Plaatsing van Blue tooth, Wifi of WLAN bij u of in uw directe omgeving
- Plaatsing van een modem voor internet verbinding: ISDN, ADSL, Router, Kabel TV,

1B Is een ziekte of een medisch / technisch onderzoek of behandeling de oorzaak?

- De ziekte van Pfeiffer Reguliere medische behandeling Tandheelkundige behandeling
- De ziekte van Lyme Alternatieve medische behandeling Medisch onderzoek bijv. MRI-NMR scan
- Een ziekenhuisopname
- Een narcose

1C Is de oorzaak anders: namelijk

2 Hebt u één of meer van de volgende gezondheidsklachten en/of ziekteverschijnselen?

2A Heeft u (een van) de volgende algemene neurologische problemen of hartritmestoornissen?

- Vitale uitputting Agressie Spastische darm
- Vermoeidheid Rusteloosheid Bloeddrukverandering
- Slapeloosheid Gejaagdheid Hartritmestoornissen
- Nervositeit Duizeligheid Jeuk in onderbenen
- Geïrriteerdheid Epilepsie / absences Spiertrekkingen
- Afname concentratie RSI Onderhuidse jeuk
- Geheugenverlies 'Brainwave' 'Restless legs'

Andere neurologische problemen, namelijk

2B Heeft u problemen in het hoofd?

- Hoofdpijn een/ of tweezijdig Druk in het hoofd 'Knellende band' om hoofd
- Migraine Duf gevoel Griepgevoel

Andere klachten, namelijk

2C Heeft u problemen in gezicht en (hoofd)huid?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rode huid, plaats | <input type="checkbox"/> Pijn aan wenkbrauwen | <input type="checkbox"/> Warme plekken |
| <input type="checkbox"/> Droge huid | <input type="checkbox"/> Vlekken in het gezicht | <input type="checkbox"/> Puistjes |
| <input type="checkbox"/> Gezwollen huid | <input type="checkbox"/> Naaldenprikken | <input type="checkbox"/> Jeuk of kriebelhaar |
- Andere klachten, namelijk

2D Overige huidklachten

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Exzeem | <input type="checkbox"/> Ontstekingen | <input type="checkbox"/> Schimmelinfecties |
| <input type="checkbox"/> Roodkleuring | <input type="checkbox"/> Schilvers | <input type="checkbox"/> Netelroos |
| <input type="checkbox"/> Puistjes | <input type="checkbox"/> Jeuk | <input type="checkbox"/> Onderhuidse jeuk |
- Andere klachten, namelijk

2E Heeft u problemen met uw oren of met geluiden?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afname van het gehoor | <input type="checkbox"/> Oorsuizingen | <input type="checkbox"/> Gesis, gefluit |
| <input type="checkbox"/> Oorpijn | <input type="checkbox"/> Getingel of geklingel | <input type="checkbox"/> Gebrom |

Welke apparaten of installaties veroorzaken de geluiden?

Andere klachten, namelijk

2F Heeft u problemen met uw ogen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Afname gezichtsvermogen | <input type="checkbox"/> Oog irritatie |
|--|--|

Andere klachten, namelijk

2G Heeft u problemen met uw neus?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Loopneus | <input type="checkbox"/> Verstopte neus |
|-----------------------------------|---|

Andere klachten, namelijk

2H Heeft u mondklachten? Welke?

2I Heeft u de volgende lichamelijke klachten?

- | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spierpijn | <input type="checkbox"/> Gewrichtspijn | <input type="checkbox"/> Deukdijen |
|------------------------------------|--|------------------------------------|

2J Is bij u eerder de diagnose gesteld van:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vermoeidheidssyndroom (CVS = ME) | <input type="checkbox"/> Chronic Fatigue Immune Deficiency Syndrome (CFIDS) |
| <input type="checkbox"/> Multiple Chemical Sensitivity (MCS) | <input type="checkbox"/> Golfoorlog syndroom |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (FM, Spasmodie) | <input type="checkbox"/> Chronisch Polymorfe Lichtdermatose |
| <input type="checkbox"/> Sick Building Syndrome | <input type="checkbox"/> Lupus Erythematoses (LE) |
| <input type="checkbox"/> Burnout | <input type="checkbox"/> Stofwisselingsziekten |
| <input type="checkbox"/> Post Traumatisch Stress Syndroom | <input type="checkbox"/> Post traumatische dystrofie |
| <input type="checkbox"/> RSI | |
| <input type="checkbox"/> Südecksyndroom | |

Andere diagnose, namelijk

2K Denkt u dat elektrische overgevoeligheid oorzaak is van deze klachten? Ja Nee

2L Verdwijnen de klachten in een elektrisch schone omgeving bijv. tijdens vakantie?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Weet niet | <input type="checkbox"/> Nee |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------|

Na hoeveel dagen?

2M Bent u overgevoelig voor:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bepaalde voedingsstoffen | <input type="checkbox"/> Pesticiden | <input type="checkbox"/> Geuren |
| <input type="checkbox"/> Smaakversterkers | <input type="checkbox"/> Bijen / wespensteken | <input type="checkbox"/> Drukinkt |
| <input type="checkbox"/> Conserveermiddelen | <input type="checkbox"/> Pollen/Stuifmeel | <input type="checkbox"/> Geluid |
| <input type="checkbox"/> Bepaalde medicijnen | <input type="checkbox"/> Histamine | <input type="checkbox"/> Zon |
| <input type="checkbox"/> Narcose middelen | <input type="checkbox"/> Fijn stof | <input type="checkbox"/> Licht |
| <input type="checkbox"/> Antibiotica | <input type="checkbox"/> Huisstofmijt | <input type="checkbox"/> Koude metalen |

Ik ben overgevoelig voor voedingsmiddelen, namelijk

Andere overgevoeligheden, namelijk

2N Ziet u een gelijkenis tussen de verschijnselen van elektrogevoeligheid en die genoemd onder 2J en 2M?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, namelijk | <input type="checkbox"/> Nee |
|---------------------------------------|------------------------------|

3 Is uw overgevoeligheid stemmingsafhankelijk

3A Beschouwt u zichzelf als een emotioneel gevoelig persoon?

- Ja Matig Nee

3B Bent u een

- Ochtend mens Avondmens Gelijkmatic humeur

4 Hebt u hinder van apparaten of installaties thuis of op het werk?

4A Van welke elektrische apparaten of installaties maakt u thuis regelmatig gebruik?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> DECT tel. (snoerloos) | <input type="checkbox"/> ADSL modem | <input type="checkbox"/> Elektrische wekker |
| <input type="checkbox"/> Digitale intercom | <input type="checkbox"/> Mechanische ventilatie | <input type="checkbox"/> Telefoonbeantwoorder |
| <input type="checkbox"/> Wifi of WLAN (intern.) | <input type="checkbox"/> Elektr. vloerverwarming | <input type="checkbox"/> Elektrische treintjes |
| <input type="checkbox"/> GSM tel. binnen | <input type="checkbox"/> CV ketel met ventilator en | <input type="checkbox"/> Digitale elektr.meter |
| <input type="checkbox"/> GSM tel. buiten | <input type="checkbox"/> Program.bare thermostaat | <input type="checkbox"/> Audio apparatuur |
| <input type="checkbox"/> Computer, beeldbuis (CRT) | <input type="checkbox"/> Halogeenlampen + trafo. | <input type="checkbox"/> Waterbed |
| <input type="checkbox"/> LCD scherm (plat) | <input type="checkbox"/> TL lampen | <input type="checkbox"/> Elektrische deken |
| <input type="checkbox"/> TFT scherm (plat) | <input type="checkbox"/> Spaarlampen | <input type="checkbox"/> Ventilator |
| <input type="checkbox"/> TV/video/DVD | <input type="checkbox"/> Licht dimmer | <input type="checkbox"/> Inductiekookplaat |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Videogames; Nintendo | <input type="checkbox"/> Dakventilator in flat |
| <input type="checkbox"/> Alarmsysteem | <input type="checkbox"/> Elektr.verstelbaar bed | |

Welke van deze apparaten houdt u verantwoordelijk voor uw klachten?

Andere storende apparatuur

4B Staat u beroepsmatic veel bloot aan elektronische apparatuur als:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elektronica reparateur | <input type="checkbox"/> Medewerker call center | <input type="checkbox"/> Tractor bestuurder |
| <input type="checkbox"/> Systeembeheerder | <input type="checkbox"/> Machinist vorkheftruck | <input type="checkbox"/> Loonwerker |
| <input type="checkbox"/> Grafisch ontwerper | <input type="checkbox"/> Chauffeur | <input type="checkbox"/> Winkelbediende |
| <input type="checkbox"/> Receptioniste | <input type="checkbox"/> IT ontwerper | |
| <input type="checkbox"/> Lokettiste | <input type="checkbox"/> Elektrische lasser | |

Ander IT- of machine intensief beroep, namelijk

4C Voelt u verschil tussen elektrische en elektromagnetische velden? Ja Nee

4D Voelt u verschil tussen effecten van laag en hoogfrequente velden? Ja, namelijk Nee

5 Hebt u hinder van apparaten of installaties in uw omgeving?

5A Van welke apparatuur en geluiden van de bureu heeft u hinder?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DECT telefoon | <input type="checkbox"/> TV of PC | <input type="checkbox"/> Zoemende geluiden |
| <input type="checkbox"/> Wifi (=WLAN) | <input type="checkbox"/> Elektrische installaties | <input type="checkbox"/> Dreunende geluiden |

Andere apparatuur of geluid van bureu, namelijk

5B Van welke geluiden of installaties van grote werkplaatsen en fabrieken hebt u hinder?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lage geluiden | <input type="checkbox"/> Dreunende geluiden | <input type="checkbox"/> Zoemende geluiden |
| <input type="checkbox"/> Ultra geluid | <input type="checkbox"/> Zware motoren | <input type="checkbox"/> Stroomvragende installaties |

Andere geluiden of hinder, namelijk

5C Wordt u onwel in bioscoop, schouwburg, musea, winkels, winkelstraten, in verkeerstunnels en in ruimten met ringleiding, zoals kerk, schouwburg, bioscoop?

- Ja, namelijk Nee

6 Voelt u de aanwezigheid van storende apparaten?

6A Hoe snel voelt u de aanwezigheid van storende apparaten?

- Al na enkele minuten, van de volgende apparaten
 Na een uur of zo, van de volgende apparaten
 Na een dag of langer, van de volgende apparaten

6B Hoe lang houden de klachten aan na uitzetten van het apparaat of nadat uzelf afstand neemt?

- Uren, namelijk Dagen, namelijk

6C Hoe lang staat bij u de computer of tv aan per dag?

6D Gaan geleidelijk aan steeds meer soorten apparaten u storen?

Nee Ja, namelijk de volgende

6E Hebt u het idee dat uw gevoeligheid voor storende velden geleidelijk toeneemt?

Nee Ja, namelijk de volgende

7 Hebben vervoermiddelen effect op uw gezondheid?

7A Welke vervoermiddelen gebruikt u intensief?

<input type="checkbox"/> Fiets	<input type="checkbox"/> Motor	<input type="checkbox"/> Bus
<input type="checkbox"/> Bromfiets	<input type="checkbox"/> Auto -benzine	<input type="checkbox"/> Trolleybus
<input type="checkbox"/> Scootmobiel	<input type="checkbox"/> Auto -diesel	<input type="checkbox"/> Motorboot
<input type="checkbox"/> Elektrische rolstoel	<input type="checkbox"/> Trein	<input type="checkbox"/> Vliegtuig
<input type="checkbox"/> Auto met hybride motor	<input type="checkbox"/> Tram	<input type="checkbox"/> Tractor/combine

Ander vervoermiddel, namelijk

7B Wordt u ongewoon snel moe bij het fietsen op een racefiets of ATB fiets?

Nee Ja

7C Welke vervoermiddelen verergeren uw problemen duidelijk?

De volgende vervoermiddelen, namelijk

7D Kunt u nog reizen per auto/bus/trein?

Nee Ja

8 Verergert uw woonsituatie uw klachten?

8A Aan welke eigenschappen voldoet uw woonsituatie?

<input type="checkbox"/> Vrijstaande woning	<input type="checkbox"/> Flat / appartement	<input type="checkbox"/> Stedelijke omgeving
<input type="checkbox"/> Helft van Dubbel	<input type="checkbox"/> Welke etage?	<input type="checkbox"/> Industriegebied
<input type="checkbox"/> Hoekwoning	<input type="checkbox"/> Aantal burelen:	<input type="checkbox"/> Drukke straat
<input type="checkbox"/> Rijtjeswoning	<input type="checkbox"/> Landelijke omgeving	<input type="checkbox"/> Rustige straat

Anders, namelijk

8B Op welke afstand woont u van een:

<input type="checkbox"/> Tramlijn <i>m</i>	<input type="checkbox"/> Trolleylijn <i>m</i>	<input type="checkbox"/> UMTS zender <i>m</i>
<input type="checkbox"/> Elektr. spoorlijn <i>m</i>	<input type="checkbox"/> Straat stroomkabel <i>m</i>	<input type="checkbox"/> Digitale TV zender <i>m</i>
<input type="checkbox"/> Metro <i>m</i>	<input type="checkbox"/> Trafohuisje <i>m</i>	<input type="checkbox"/> Dig. radio zender <i>m</i>
<input type="checkbox"/> Hoogspanningsleiding <i>m</i>	<input type="checkbox"/> GSM zender <i>m</i>	<input type="checkbox"/> Amateur zender <i>m</i>
<input type="checkbox"/> Schrikdraad <i>m</i>	<input type="checkbox"/> C2000 zender <i>m</i>	

Andere stroombronnen, namelijk

8C Woont u in de omgeving van bedrijven die veel stroom gebruiken waarvan de toelevering door kabels gaat, die door uw straat lopen?

Nee Ja

8D Waar voelt u zich prettiger?

Voor uw huis Achter uw huis Geen verschil

Leg uit waarom: .

9 Hebt u ervaringen met de medische zorg?

9A Tot welke reguliere medici hebt u zich gewend met uw klachten?

<input type="checkbox"/> Huisarts	<input type="checkbox"/> Allergoloog	<input type="checkbox"/> Keuringsarts
<input type="checkbox"/> Neuroloog	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/> Reumatoloog
<input type="checkbox"/> Psychiater	<input type="checkbox"/> Acupuncturist	
<input type="checkbox"/> Psycholoog	<input type="checkbox"/> ARBO arts/dienst	

Andere therapeut/dienst, namelijk

9B Hebt u ervaringen met alternatieve geneeswijzen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Elektro acupuncturist | <input type="checkbox"/> Osteopaath | <input type="checkbox"/> Kinesioloog |
| <input type="checkbox"/> Elektro stimulator | <input type="checkbox"/> Orthomoleculair therapeut | <input type="checkbox"/> Bioresonantie |
| <input type="checkbox"/> Haptonoom | <input type="checkbox"/> Paranormaal therapeut | <input type="checkbox"/> Wichelroedeloper |
| <input type="checkbox"/> Homeopaat | <input type="checkbox"/> Reiki | <input type="checkbox"/> Lechner antenne |
| <input type="checkbox"/> Natuurgenezer | <input type="checkbox"/> Healing | <input type="checkbox"/> Huissaneerder |

Andere alternatieve therapie(n), namelijk

9C Wat was het resultaat van de alternatieve behandeling?

9D Hoe hoog waren de kosten van de alternatieve behandeling?

9E Werd u na een succesvolle behandeling weer langdurig geheel en al de oude?

- Nee Ja Een beetje

10 Hoe is uw gezondheid op dit moment?

10A Mijn gezondheid op dit moment is:

- Goed Matig Slecht

10B Gebruikt u kalmerende middelen?

- Regelmatig Incidenteel Nooit

Indien ja, welke middelen?

10C Kunt u nog aan het arbeidsproces deelnemen?

- Ja Part time Nee

Indien nee, op welke gronden bent u afgekeurd?

10D Wat zijn uw vooruitzichten op volledig herstel en persoonlijke ontplooiing?

Mijn vooruitzichten zijn:

11 Hebt u familieleden met elektrische overgevoeligheid?

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vader | <input type="checkbox"/> Zoon | <input type="checkbox"/> Broer |
| <input type="checkbox"/> Moeder | <input type="checkbox"/> Dochter | <input type="checkbox"/> Zus |

Andere bloedverwanten, namelijk

12 Bent u bereid aan de WEO bij te dragen?

Bent u beschikbaar als testpersoon voor wetenschappelijk onderzoek naar elektrische overgevoeligheid?

- Nee Ja Hangt er van af

13 Graag in uw eigen woorden uw ervaringsverhaal (eventueel als bijlage):

14 Op- of aanmerkingen:

Vriendelijk dank voor het invullen van deze enquête. De door u verstrekte informatie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld. We streven ernaar de problemen m.b.t. elektrische overgevoeligheid te verduidelijken en onder de aandacht te brengen bij mensen en diensten, die aan erkenning van de problemen zullen bijdragen en maatregelen kunnen nemen.

Indien u lid wilt worden van de WEO verzoeken we u om de contactbrief in te vullen en op te sturen.

Enquête sturen naar: WEO p/a Mw. Ir. Juliette Kuiper, Bosweg 6, 6704 AM Wageningen