

Bitte senden Sie diese und die nächste Seite ausgefüllt an untenstehende Adresse

Absender:

Shg e-smog
z.Hd. Kh. Kensch
Iltisweg 5
73434 Aalen

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

Anforderung Notfall-Ausweis

Hiermit bestelle ich einen Notfall-Ausweis mit zugehöriger Notfall-Karte.

Durch Ihre persönlichen Daten wird der Ausweis als NICHT übertragbar kenntlich gemacht.
Auf bzw. im Ausweis sind KEINE elektronisch lesbaren Merkmale angebracht, weder sichtbar noch versteckt.

Die von mir gemachten persönlichen Angaben werden vertraulich behandelt; sie dienen ausschließlich zur Erstellung/Personalisierung des Ausweises Verwendung.



Dokument zur ärztlichen Versorgung von
Der Inhaber dieses Ausweises ist Elektrohypersensibel (EHS)
Der oben genannte Patient reagiert auf hochfrequente elektromagnetische Felder (EMF) mit deutlicher Symptomatik bzw. lebensbedrohlichen Körperreaktionen wie z.B.:
 Herzrhythmusstörungen Müdigkeitsgefühle
 extremem Blutdruckanstieg! schweren Schwindel
 Störungen der Blutgerinnung Thrombenbildung
 Koordinationsstörungen Hypokälämie
 kognitiven Störungen Schläfrungen
 massiven Erschöpfungszuständen Hypokälämie
 starken Schmerzen (Schädel, Brust, Gesicht, Bein)
 Kopfs



Folgende Felder sind „Pflicht- – Mussfelder“

Name:
Vorname:
Geb. Datum:

Ich möchte, daß auf der Innenseite meines Ausweises noch folgende Einträge eingedruckt werden (Angaben freiwillig):

Zusätzliche Behandlungshinweise:

Allergien:

Bemerkungen des Patienten:

Zusätzliche Patientenverfügung:

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

Weitere Funk-Anwendungen, wie sie in der Nähe von Mobilfunk-, Radar-, Radio- u. Fernseh-Sendern, WIMAX, WLAN, DECT-Schnurlos-Telefonen, RFID, Bluetooth, Funk-Tastaturen, -Mäusen u. -Thermometern, Navigationsgeräten, Funk-Ablesegeräten (am Heckkörper u. in Treppenhäusern, Wetterstationen, digitalen Stimmabnehmern), hochfrequenten Eingangsschleifern u. Überwachungs-Kameras (Flughäfen, Gerichten, manchen Gebäuden) auftreten, müssen möglichst weitläufig „umgangen“ werden.

Bei längerem Aufenthalt in der Nähe der genannten Sendeanlagen besteht Lebensgefahr!

Abstand zu Energieanlagen und insbesondere den Trägern der Hochvolt-Käbeln, Bösemen, Flachbildschirmen! Auch Magnetresonanz-Untersuchungen im Kopfbereich sind vor allem bei Zahnmittelträgern und Trägern sonstiger Metallimplantate wegen der Reflexionen möglichst zu vermeiden!

Wenn möglich, befragen Sie den Patienten selbst zu seinen individuell bekannten EHS-Symptomen.

Zusätzliche Behandlungshinweise:
Allergien:
Bemerkungen des Patienten:

Zusätzliche Patientenverfügung
Unterschrift des Inhabers:

Bemerkungen des Arztes
Arztstempel:

© Copyright - shg e-smog - G&Berg

Für Rückfragen und Informationen

Telefon:

FAX:

falls vorhanden Ihre E-Mail:

(den Ausweis erhält man ausschließlich bei oben genannter Adresse)

Der Ausweis ist kostenlos, zur Deckung der Kosten lege ich bei.

Erfassung von Elektrosensiblen (ES) und Elektrohypersensiblen (EHS)

Bitte füllen Sie auch diesen Bogen aus und senden ihn zusammen mit der Anforderung des Ausweises an uns zurück. Wir benötigen diese Angaben um bei Verwaltungen und Behörden die Dringlichkeit zu belegen, dass dringend geschützter Lebensraum für uns ES und EHS notwendig ist.

Bitte kennzeichnen Sie diese Seite nicht, da die darin gemachten Angaben anonym bleiben und nicht zur Anforderung des Ausweises zugeordnet werden sollten. Diese anonymen gehaltenen Angaben helfen uns in der Arbeit der vernetzten Selbsthilfegruppen.

Projekt: *Endlich wieder Leben!*

SUCHE NACH PARTIELLEM LEBENSRAUM FÜR ELEKTROSENSIBLE!

Bitte bewerten Sie Ihren Zustand der E-Sensibilität mit den Ziffern 1-10. – *Bitte unten ankreuzen!*

Für den Wert 1 wäre z.B.: Leichtes Kribbeln im Körper bei Belastung. Ohne Auswirkung auf die Vitalität. Kann Arbeiten gehen und hat sonst keine Einschränkungen.

Für den Wert 10 wäre z.B.: Höchste Belastung:
Lebt im Keller, kann keiner Arbeit nachgehen, muß Strahlenanzug tragen.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alle nachfolgenden Angaben Freiwillig!

Seit wann, in welchem Jahr sind Sie **elektrosensibel** geworden? _____

Behandelt Sie ein **Arzt**, als ES / EHS-Patient? Ja nein?

- Wenn ja, welcher? _____

Ist Ihre **Krankenkasse** über Ihre Symptome informiert? Ja nein?

- seit wann _____ - bei Krankenkasse _____

Wurde ein **Antrag auf Behinderung** gestellt? Ja nein?

- wann _____ - Wo? _____

Liegt ein **Bescheid** vor? Ja nein?

Wurde die Schädigung als **Behinderung anerkannt**? Ja nein? – Zu wieviel _____ %

Wurde **Rente** wegen E-Sensibilität beantragt? Ja nein?

- wann _____ Liegt ein **Bescheid** vor? Ja nein?

Wurde deswegen **Klage** eingereicht= Ja nein?

- wann _____ bei welchem Gericht? _____

Diese Daten werden in einem PC erfaßt und absolut anonym vertraulich behandelt!

Bitte schreiben Sie auf der Rückseite Ihre wichtigsten Beschwerden stichwortartig auf.

☞ *Danke für Ihre Mitarbeit! – Wir melden uns bei Ihnen in absehbarer Zeit.* ☛