

Fragebogen über den Gesundheitszustand m/eines ungeimpften Kindes

□.□. geb. am □□.□□.□□□□ Aus Datenschutzgründen werden nur die Initialien und das Geburtsdatum angegeben.

Dieser Fragebogen dient dazu, den Gesundheitszustand geimpfter gegen ungeimpfter Kinder vergleichen zu können. Da es kaum komplett ungeimpfte Kinder gibt, gibt es auch keine öffentlichen, medizinischen Studien. Über die schlechte Gesundheit unserer Kinder wird allerdings viel veröffentlicht, spez. die Zunahme chronischer Krankheiten. Deshalb möchte ich Sie um Ihre Unterstützung bitten. Bitte geben Sie auch den Fragebogen an Eltern ungeimpfter Kinder weiter. Ausgefüllte Fragebögen bitte an folgende Adresse schicken oder faxen:

Rolf Kron
Praktischer Arzt / Homöopath
Leonhardstraße 17 A
86916 Kaufering
Fax 08191 / 966 859 oder Email: Kron.rolf@t-online.de

Sind Sie mit der Entscheidung, nicht geimpft zu haben, zufrieden?

Ja Nein

Ist das ungeimpfte Kind mit folgenden Symptomen bzw. Krankheiten belastet?

	Ja	Nein	selten
Ein- oder Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreikind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperkinetische Verhaltensmuster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige mentale oder psychische Auffälligkeiten: _____			
Allergien, auch auf Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen, chron. Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, oder chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis oder andere Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelohrentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polypen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warzen (auch Dorn- oder Stechwarzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen in der Motorik, Feinmotorik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachstumsstörungen oder Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnentwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Typ1 <input type="checkbox"/> , Typ 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie und andere Krampfleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie einen der aufgeführten Gründe an, oder rückseitig mit eigenen Worten, warum Sie sich entschlossen haben, Ihr Kind nicht zu impfen!

	Ja	Nein
Impfreaktionen von Geschwistern, Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überzeugung über die Wirkungslosigkeit der Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus Angst vor den Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund gravierender Vorerkrankungen des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Bitte kopieren und weitergeben! Danke für die Mitarbeit und Ihre Mühe!