



wave  
guard



# Fragenkatalog

Ihr zertifizierter Schutz vor Elektrosmog

**Teil 2**

## Erfahrungen mit Ihrem Qi-Gerät

Liebe Kundin, lieber Kunde,

die ersten Wochen mit Ihrem Qi-Gerät sind nun vorüber. Heute füllen Sie den 2. Fragebogen aus. Wir sind uns sicher, dass Sie sehr gespannt sind, wie sich Ihre Angaben verändert haben.

Damit Sie unvoreingenommen und ohne Beeinflussung den Fragebogen auswerten können, empfehlen wir Ihnen, den 1. Fragebogen vor der Beantwortung des 2. Fragebogens nicht noch einmal durchzulesen.

Bitte beachten Sie, dass Sie die Fragebögen jeweils zur selben Uhrzeit, am besten am Morgen auf nüchternen Magen, ausfüllen. Vielen Dank!

**Geschlecht:**  weiblich  männlich

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Alter:** \_\_\_\_\_ **Körpergröße (cm):** \_\_\_\_\_

**Körpergewicht (kg):** \_\_\_\_\_

**täglicher Wasserkonsum:** ca. \_\_\_\_\_ Liter

**Rauchen Sie regelmäßig?**  ja  nein

**Haben Sie Allergien?**  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  nein

**Welches Qi-Gerät haben Sie erworben?**

**1. Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein? (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht

**2. Wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag ein? (1 = sehr niedrig; 10 = sehr hoch)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**3. Wie empfinden Sie Ihr Energielevel? (1 = sehr niedrig; 10 = sehr hoch)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



**4. Sind Sie häufig müde oder erschöpft?**

sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie

**5. Wie empfinden Sie Ihre Schlafqualität (Tiefschlaf, Regeneration nach dem Schlaf, Wachphasen etc.)? (1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**6. Wie häufig haben Sie Kopfschmerzen oder Migräne?**

sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie

**7. Wie schätzen Sie Ihren Kaffee- und/oder Koffeinkonsum ein (auch Schwarztee, Guarana o. Ä.)? (1 = sehr niedrig; 10 = sehr hoch)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**8. Wie häufig nehmen Sie Schmerz- oder Beruhigungsmittel ein?**

sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie

**9. Wie häufig konsumieren Sie Alkohol? (1 = nie; 10 = mehr als 3-mal die Woche)**

mehr als 3-mal in der Woche	1-mal in der Woche	1-mal im Monat	gelegentlich	nie



**10. Wie empfinden Sie die Wasserqualität (Leitungs- oder Flaschenwasser) in Ihrem Haus?**

*(1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**11. Stellt Strahlenbelastung ein Problem für Sie dar? (Strahlungsbedingte Beschwerden wie z. B. Kopfschmerzen, Unruhe etc.)**

sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie

**12. Wie belastend empfinden Sie Telefonate mit einem Handy? (1 = sehr belastend; 10 = nicht störend)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**13. Wie schätzen Sie den Gesundheitszustand Ihrer Haustiere ein?**

sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht

**Liegen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten vor?**  nein

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Herzerkrankungen

Kreislauferkrankungen

Bluthochdruck

Herzinfarkt

Bypass / Stent

Herzschrittmacher

Blutgerinnungsstörung

Immunschwäche (HIV / AIDS)

Gelbsucht

Hepatitis A, B, C

chronische Lungenerkrankung

Tuberkulose

Nierenfunktionsstörung

Schilddrüsenerkrankung

Augenerkrankung

Diabetes Typ I oder II

Magen-Darm-Erkrankungen

Tumorerkrankung

Osteoporose

Epilepsie

Alzheimer

weitere Erkrankungen:

---

---





# Impressum

## **Waveguard GmbH**

**Geschäftsführer: Martin To-Da Pham**

**Bahnhofstraße 16**

**02625 Bautzen**

**Telefon: +0(49) 35 91/5 94 75 43 (Mo.–Fr. 9.30–17.00 Uhr)**

**E-Mail: [contact@waveguard.com](mailto:contact@waveguard.com)**

**Internet: [www.waveguard.com](http://www.waveguard.com)**