



## **Was tun, wenn der Bau von Windrädern in meiner Nähe droht?**

Sehr geehrte künftige Anwohner eines Windradgebietes.

Windräder machen viele Anwohner krank. So sind bereits hunderte solcher Fälle in Deutschland dokumentiert. Die Dunkelziffer ist hoch.

Der eigene Wohnraum, Haus, das räumliches Umfeld stellen für die Menschen ein selbst gewähltes Lebensumfeld der Erholung und ein Rückzugsort dar, dort soll auch ein ungestörter Schlaf stattfinden. Damit sind dies vom Gesetz zu schützende Räume, in welchen ein gesundheitsförderndes Umfeld und Regeneration auch schon durch die Grundrechte des Grundgesetzes insbesondere Artikel 1(1) und Artikel 2(2) sowie Artikel 20a garantiert sind. Da in der Regel die Wohnbebauung vor den Anlagen bestehen, verlieren die Menschen unverschuldet diesen Raum der Erholung.

Chronischer Schlafentzug durch äußere Maßnahmen stellt nach UN-Carta ein Akt der Folter dar.

Der massive Ausbau der Windräder durch immer höher werdende Anlagen, der die Möglichkeit der Exposition besonders sensibler und störungsanfälliger Bevölkerungsgruppen einschließt, führt einmal zu zunehmender Belastung von Kindern und Graviden (Schwangere), aber auch zu einer epidemiologischen Zunahme von Erkrankten in der Normalbevölkerung. Es kommt bereits zu massiven nachweisbaren Überlagerungseffekten der verschiedenen Windradgebiete mit zunehmend hoher Grundbelastung.

Retrospektive Studien weisen auf mutagene und teratogene Effekte hin.

Technische Anlagen, die geeignet sind, Menschen in ihrem Wohnungsumfeld zu verletzen und Benachteiligungen auszusetzen, sind verfassungswidrig, dabei sei auch nochmal auf die vom Staat zu garantierende Vorsorgeverpflichtung hingewiesen.

**Wenn Sie also demnächst in der Nähe von Windrädern leben müssen, nehmen Sie damit unfreiwillig an einem medizinischen Großversuch teil.**

Um eventuelle Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und später ggf. Schadensansprüche gegen politisch Verantwortliche in der Gemeinde oder den Betreiber stellen zu können, empfehlen wir Ihnen, den folgenden Fragebogen vor Errichtung der Anlagen auszufüllen, ggf. eine Kopie bei einem unabhängigen Zeugen oder Notar zu hinterlegen und zu verwahren. Je mehr Menschen in Ihrer Umgebung das tun, umso eher lassen sich bei Erkrankungen durch die Windindustrieanlagen Ansprüche juristisch durchsetzen.

## Hinweise zur Dokumentation des Ist-Gesundheits-Zustandes

Durch Windräder werden folgende Erkrankungen und Symptome ausgelöst, bzw. bestehende Erkrankungen können sich in diesen Bereichen verschlechtern:

**Kopfgeräusche, Unwohlsein, Magenbeschwerden, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie, Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrendruck, Tagesmüdigkeit, Herzrhythmusstörungen, Konzentrationsstörungen, Stoffwechsel-Erkrankungen, Angststörungen, Sehstörungen, Schlafstörungen, Depressionen.**

Die Dokumentation dieser gesundheitlichen Probleme bei ihrem Hausarzt ist ebenfalls anzustreben. (ggf. Arztanschriften siehe unter: <https://www.dsgs-info.de/formulare/> )

### Allgemein:

Leiden Sie bereits unter Beschwerden in diesem Bereich, so sollten sie die Beschwerden möglichst genau beschreiben und hier notieren:

(Beispiele)

#### **Schlafstörungen:**

Schlafstörungen treten dabei sehr häufig auf:	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Können Sie aktuell meist gut einschlafen?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Können Sie meist durchschlafen?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Wie oft werden Sie nachts wach?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Können Sie danach wieder gut einschlafen?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Schlafen Sie tagsüber immer wieder ein?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
.....	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
.....	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )

#### **Kopf / Gehör / Gehirn:**

Leiden Sie unter Kopfgeräusche?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Schwindel?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Ohrendruck?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Ohrenscherzen?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Sehstörungen?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )
Tinnitus?	Ja ( )	Nein ( )	Selten ( )

Konzentrationsstörungen? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
..... Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
..... Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )

**Herz / Kreislauf:**

Leiden Sie unter Herzmuskelverdickung? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
Herzrhythmusstörungen? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
Bluthochdruck? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
Cortisolspiegel-Defizite? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
..... Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
..... Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )

**Psyche:**

Leiden Sie unter Depressionen? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
Angsterkrankungen? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
Gereiztheit? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
Burnout? Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
..... Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )  
..... Ja ( ) Nein ( ) Selten ( )

**Wichtig:** Dokumentieren Sie diesen Fragebogen alle 6 Monate neu um einen Vergleich auf Veränderungen des Gesundheitszustandes festzustellen!

**Name:** .....

**PLZ/Ort:** ..... **Straße** .....

**Datum:** .....

.....  
**(Unterschrift)**