

Erhebung zur Erfassung Betroffener von Zersetzungsmaßnahmen und Neurofolter



Die vorliegende Erhebung dient zur Erfassung von geheimen Maßnahmen, mit denen Betroffene von Zersetzungsprogrammen und Folter mit Neurowaffen überzogen werden. Sie dient zur statistischen Übersicht über die Anzahl der Betroffenen und der einzelnen Maßnahmen. Die gemachten Angaben unterliegen dem deutschen Datenschutzgesetz. Aus den gesammelten Daten werden statistische Berechnungen erstellt, die zur Gesamtübersicht und zur Ermittlung von Überschneidungen dienen sollen.

Die Unterzeichner-innen versichern, alle Daten wahrheitsgetreu angegeben zu haben.

Das ausgefüllte Formular per Post schicken an:

Harald Brems, Postfach 200326, 13513 Berlin

oder einscannen und per Email an [post @ e-waffen.de](mailto:post@e-waffen.de)

Name:

Wohnort:

Beruf:

Alter:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Ethnie:

Sexuelle Orientierung:

Beziehungsstatus:

Symptome nach Exposition durch elektromagnetische Felder und Strahlung(Nicht-Ionisierende Strahlung):

Symptome	Ja	Nein	Immer	Oft	Selten	Nie
Gehirn:	<input type="checkbox"/>					
Voice-to-Skull	<input type="checkbox"/>					
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Tinnitus	<input type="checkbox"/>					
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>					
Wortfindungsstörungen	<input type="checkbox"/>					
Depressionen	<input type="checkbox"/>					
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Benommenheit	<input type="checkbox"/>					
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>					
Übelkeit	<input type="checkbox"/>					
Gedächtnisverlust	<input type="checkbox"/>					
Schlaflosigkeit/-störungen	<input type="checkbox"/>					
Müdigkeit/Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>					
Eingeschränkte Reflexe	<input type="checkbox"/>					
Augen:	<input type="checkbox"/>					
Druck in und hinter den Augäpfeln	<input type="checkbox"/>					
Einschränkungen des Sichtfeldes	<input type="checkbox"/>					
Linsentrübung/Katarakt	<input type="checkbox"/>					
Sehschärfe(Beeinträchtigungen)	<input type="checkbox"/>					
Herz:	<input type="checkbox"/>					
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>					
Hoher/Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>					
Druckgefühl im Brustkorb	<input type="checkbox"/>					
Impulsschüsse ins Herz	<input type="checkbox"/>					

Symptome	Ja	Nein	Immer	Oft	Selten	Nie
Atemwege:						
Verstopfung der Stirn- und Nebenhöhlen	<input type="checkbox"/>					
Bronchitis	<input type="checkbox"/>					
Asthma	<input type="checkbox"/>					
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>					
Verstärkte Sekretbildung	<input type="checkbox"/>					
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>					
Haut:	<input type="checkbox"/>					
Juckreiz	<input type="checkbox"/>					
Läsionen	<input type="checkbox"/>					
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>					
Pilzbefall	<input type="checkbox"/>					
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>					
Verbrennungen	<input type="checkbox"/>					
Geschwollene Lider	<input type="checkbox"/>					
Weitere:	<input type="checkbox"/>					
Muskel- und Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Muskelzuckungen	<input type="checkbox"/>					
Bein- und Fußprobleme	<input type="checkbox"/>					
Dehydration	<input type="checkbox"/>					
Kunsträume	<input type="checkbox"/>					
Zitteranfälle	<input type="checkbox"/>					
Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Schwindel	<input type="checkbox"/>					
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>					
Kehlkopfprobleme	<input type="checkbox"/>					
Nervosität	<input type="checkbox"/>					
Elektrosensibilität	<input type="checkbox"/>					

Symptome	Ja	Nein	Immer	Oft	Selten	Nie
Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>					
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Genitalbeschuss	<input type="checkbox"/>					
Immunprobleme	<input type="checkbox"/>					
Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>					
Energieverlust/Kollabieren	<input type="checkbox"/>					
Schweissausbrüche/Frösteln	<input type="checkbox"/>					
Haarausfall	<input type="checkbox"/>					
Schwermetall-/Vergiftungen	<input type="checkbox"/>					

Kritische Recherche (z. B. Internet)	
Operationen	
Narben	
Medizinische Gutachten	
Psychiatrieerfahrung	
Politisches Engagement	
Spirituelle Gruppen	
Konfessionszugehörigkeit	
Blutgruppe	
Drohnen	

Ich erlebe außerdem folgende Maßnahmen (wenn möglich Stichpunktartig, mit Zeitangaben):

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift: