

VORBEREITUNGSBOGEN

Messen Sie bitte an drei aufeinanderfolgenden Tagen vier Mal am Tag die Körpertemperatur unter der Zunge.

Körpertemperatur-Tabelle

°C	Nach dem Aufstehen	11:00 Uhr (+/- 30 Minuten)	16:00 Uhr (+/- 30 Minuten)	Vor dem Einschlafen
1. TAG				
2. TAG				
3. TAG				

Sammeln Sie alte Arztberichte und legen Sie sie vor.

Lassen Sie folgende Laborbefunde neu bestimmen:

ft3	ft4	TSH	TPO-AK	TRAK	Ferritin	25-OH-Vit D3	Cortisol
-----	-----	-----	--------	------	----------	--------------	----------

Medikamente

Derzeitige Beschwerden (ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Kann nicht lange durchhalten	<input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner	<input type="checkbox"/> Libido vermindert
<input type="checkbox"/> Weniger Energie als andere	<input type="checkbox"/> Haarausfall seitlich Augenbrauen	<input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase
<input type="checkbox"/> Tiefe Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Ängste bis Panik	<input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom (PMS)
<input type="checkbox"/> Lange Erholungszeiten	<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Starke Monatsblutung
<input type="checkbox"/> Kältegefühle Hände und Füße	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Schwellungen
<input type="checkbox"/> Hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Überempfindlich, schreckhaft	<input type="checkbox"/> Hitzewallungen
<input type="checkbox"/> Druck in der Kehle	<input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr	<input type="checkbox"/> Zyklus länger als 29 Tage
<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom	<input type="checkbox"/> Infektneigung	<input type="checkbox"/> Zyklus kürzer als 27 Tage
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Morgens schlapp	
<input type="checkbox"/> Kloßgefühl	<input type="checkbox"/> Wutausbrüche	
<input type="checkbox"/> Trockene Haut und Haare	<input type="checkbox"/> Ungeduld	NAME <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diffuser Haarausfall	<input type="checkbox"/> Grippe-symptome ohne Grippe	VORNAME <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rillen, brüchige Fingernägel	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	GEBURTSDATUM <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Haare werden grau / weiß	<input type="checkbox"/> Körperschmerzen	
<input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber	<input type="checkbox"/> Empfindliche Haut	
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> Innere Unruhe	
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> Heißhunger-Attacken	
<input type="checkbox"/> Wie Watte im Kopf	<input type="checkbox"/> Reisekrankheit	
<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Schläfrig auf Kaffee	
<input type="checkbox"/> Knochen-/Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Häufiges Harnlassen	
<input type="checkbox"/> Ohrenjucken	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom	<input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich	

