

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"/>	Weniger Energie als andere
<input type="checkbox"/>	Tiefe Erschöpfung
<input type="checkbox"/>	Lange Erholungszeiten
<input type="checkbox"/>	Kältegefühle Hände und Füße
<input type="checkbox"/>	Hohes Cholesterin
<input type="checkbox"/>	Reizdarm
<input type="checkbox"/>	Druck in der Kehle
<input type="checkbox"/>	Karpaltunnelsyndrom
<input type="checkbox"/>	Verstopfung
<input type="checkbox"/>	Kloßgefühl

<input type="checkbox"/>	Augenbrauen werden dünner
<input type="checkbox"/>	Haarausfall seitlich Augenbrauen
<input type="checkbox"/>	Ängste bis Panik
<input type="checkbox"/>	Herzklopfen
<input type="checkbox"/>	Zittern
<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	Überempfindlich, schreckhaft
<input type="checkbox"/>	Alles besser nach 18 Uhr
<input type="checkbox"/>	Infektneigung
<input type="checkbox"/>	Morgens schlapp
<input type="checkbox"/>	Wutausbrüche

<input type="checkbox"/>	Libido vermindert
<input type="checkbox"/>	Schmerzen in der Harnblase
<input type="checkbox"/>	Prämenstruelles Syndrom (PMS)
<input type="checkbox"/>	Starke Monatsblutung
<input type="checkbox"/>	Schwellungen
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Hitzewallungen
<input type="checkbox"/>	Zyklus länger als 29 Tage
<input type="checkbox"/>	Zyklus kürzer als 27 Tage

<input type="checkbox"/>	Trockene Haut und Haare
<input type="checkbox"/>	Diffuser Haarausfall
<input type="checkbox"/>	Rillen, brüchige Fingernägel
<input type="checkbox"/>	Haare werden grau / weiß
<input type="checkbox"/>	Einschlafneigung tagsüber
<input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörung
<input type="checkbox"/>	Vergesslichkeit
<input type="checkbox"/>	Wie Watte im Kopf
<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme
<input type="checkbox"/>	Knochen-/Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/>	Ohrenjucken
<input type="checkbox"/>	Karpaltunnelsyndrom

<input type="checkbox"/>	Ungeduld
<input type="checkbox"/>	Grippe-symptome ohne Grippe
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	Körperschmerzen
<input type="checkbox"/>	Empfindliche Haut
<input type="checkbox"/>	Innere Unruhe
<input type="checkbox"/>	Heißhunger-Attacken
<input type="checkbox"/>	Reisekrankheit
<input type="checkbox"/>	Schläfrig auf Kaffee
<input type="checkbox"/>	Häufiges Harnlassen
<input type="checkbox"/>	Durchschlafstörungen
<input type="checkbox"/>	Allergien verschlechtern sich

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

