



Vorbereitungsbogen für Ihren Arztbesuch

Vor- und Nachname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Messwerte

Bitte messen Sie an drei Tagen – viermal über den ganzen Tag verteilt – Ihre Körpertemperatur unter der Zunge:

Tag 1	morgens	<input type="text"/> °C	mittags	<input type="text"/> °C	nachmittags	<input type="text"/> °C	abends	<input type="text"/> °C
Tag 2	morgens	<input type="text"/> °C	mittags	<input type="text"/> °C	nachmittags	<input type="text"/> °C	abends	<input type="text"/> °C
Tag 3	morgens	<input type="text"/> °C	mittags	<input type="text"/> °C	nachmittags	<input type="text"/> °C	abends	<input type="text"/> °C

Falls vorhanden, bringen Sie bitte bisherige Arztbefunde mit folgenden Messwerten und Angaben zum Termin mit.
Erwünschte Werte: fT3, fT4, TSH, Ferritin, Transferrin, Eisen, DHEA, 25-OH-Vit D3.

Beschwerden

Bitte kreuzen Sie, alle auf Sie zutreffenden Beschwerden, an:

- | | | |
|---|---|--|
| <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 Füße | <input type="checkbox"/> Hohes Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase |
| <input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner | <input type="checkbox"/> Trockene Haare | <input type="checkbox"/> Trockene Haut |
| <input type="checkbox"/> Rillen der Fingernägel | <input type="checkbox"/> Brüchige Fingernägel | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Haare werden grau oder weiß | <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber | <input type="checkbox"/> Lufthunger |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Wie Watte im Kopf |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Libido vermindert | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Starke Monatsblutung | <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Knochen- oder Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ohrenjucken | <input type="checkbox"/> Ängste bis Panik |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Druck in der Kehle, Kloßgefühl | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Allgemeine Schwäche | <input type="checkbox"/> Mangelnde Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Überempfindlich | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche | <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"/> Heißhungerattacken |
| <input type="checkbox"/> Reisekrankheit | <input type="checkbox"/> Benommenes Gefühl | <input type="checkbox"/> Häufiges Harnlassen |
| <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich | <input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Schläfrigkeit auf Kaffee | <input type="checkbox"/> Schreckhaft | |