



Zusatzbogen Schilddrüsen-Sprechstunde:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

1. Messen Sie an 3 aufeinanderfolgenden Tagen 4 x täglich die Körpertemperatur unter der Zunge (nicht zur Eisprungzeit messen):

° C	Nach dem Aufstehen	Gegen 11 Uhr	Gegen 16 Uhr	Vor dem Einschlafen
Tag 1				
Tag 2				
Tag 3				

2. Bringen Sie bitte alle Befunde mit die Ihnen vorliegen.  
Folgende Parameter sollten neu bestimmt werden (entweder durch uns oder Sie bringen diese mit):  
fT3, fT4, TSH, TPO-AK, TAK, TRAK, Ferritin, Vitamin D, Selen (Vollblut), Zink (Vollblut), B6/Cystathionin aus dem Urin, Holotranscobalamin

3. Aktuelle Medikation (inklusive Nahrungsergänzung):
-

4. Derzeitige Beschwerden (bitte Zutreffendes ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Kann nicht lange durchhalten	<input type="checkbox"/>	Knochen- und Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	Heißhunger/Zucker/Kohlenhydrate
<input type="checkbox"/>	Weniger Energie als andere	<input type="checkbox"/>	Ohrenjucken	<input type="checkbox"/>	Kein Sättigungsgefühl
<input type="checkbox"/>	Tiefe Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	Karpaltunnelsyndrom	<input type="checkbox"/>	Wassereinlagerungen
<input type="checkbox"/>	Lange Erholungszeiten	<input type="checkbox"/>	Druck in der Kehle/Kloßgefühl	<input type="checkbox"/>	Wechsel Aktivität/Erschöpfung
<input type="checkbox"/>	Kältegefühl an Händen und Füßen	<input type="checkbox"/>	Augenbrauen werden dünner	<input type="checkbox"/>	Schlafstörung
<input type="checkbox"/>	Hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	Haarausfall seitliche Augenbrauen	<input type="checkbox"/>	Grippesymptome ohne Grippe
<input type="checkbox"/>	Reizdarm	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>	Zittern (nach innen)	<input type="checkbox"/>	Allergien verschlechtern sich

<input type="checkbox"/>	Rillen, brüchige Fingernägel	<input type="checkbox"/>	Ungeduld	<input type="checkbox"/>	Libido vermindert
<input type="checkbox"/>	Haare werden grau oder weiß	<input type="checkbox"/>	Blutdruckveränderung	<input type="checkbox"/>	Häufiges Harnlassen
<input type="checkbox"/>	Einschlafneigung tagsüber	<input type="checkbox"/>	Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>	Häufige Harnwegsinfekte
<input type="checkbox"/>	Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	Energie am Abend, nach 18 Uhr	<input type="checkbox"/>	Zyklusstörung
<input type="checkbox"/>	Wie Watte im Kopf	<input type="checkbox"/>	Überempfindlich, schreckhaft	<input type="checkbox"/>	Regelschmerzen
<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	Trockene Haut und Haare	<input type="checkbox"/>	Schwellungen
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Bitte bringen Sie diesen Vorbereitungsbogen ausgefüllt mit zu Ihrem Besprechungstermin.

