



Vorbereitungsbogen für Schilddrüsenerkrankungen

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Datum: _____

Bekannte Schilddrüsenerkrankungen: _____

Seit wann leiden Sie an Ihrer Erkrankung: _____

Kommen Schilddrüsenerkrankungen in Ihrer Familie vor? Ja: _____ Nein

Messen Sie an 3 Tagen 4 mal über den Tag verteilt die Körpertemperatur unter der Zunge:

	Nach dem Aufstehen	ca. 11 Uhr	ca. 16 Uhr	Vor dem Schlafen gehen
Tag 1				
Tag 2				
Tag 3				

An welchen der folgenden Symptome leiden Sie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unruhe, Ungeduld | <input type="checkbox"/> mangelnde Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche, Gereiztheit |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Müdigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis |
| <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Erschöpfung, Schwäche, Energielosigkeit |
| <input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin | <input type="checkbox"/> lange Erholungszeiten |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Grippe-symptome ohne Grippe |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> ständiges Frieren, Kältegefühl Hände & Füße |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> trockene, blasse Haut |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Körpertemperatur, warme Haut | <input type="checkbox"/> Heißhungerattacken |
| <input type="checkbox"/> Vermehrtes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> dünne, weiche Haare, Haare werden grau | <input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit |
| <input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner, fallen seitlich aus | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen | <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen, Ödeme |
| <input type="checkbox"/> Libido vermindert | <input type="checkbox"/> Überbelastung, Kummer, Sorgen |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, wie Watte im Kopf |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche, häufige Infekte | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen, Verhärtungen |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl, Druck in der Kehle | <input type="checkbox"/> Körperschmerzen |
| <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ängste bis Panik | <input type="checkbox"/> Schläfrig auf Kaffee |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr |

Bringen Sie bitte alle vorhandenen Arztbefunde und Blutwerte zu Ihrem Termin mit.

Erwünschtes Labor:

ft3, ft4, TSH, Ferritin, TPO-AK, TAK, TRAK, Cortisol, DHEA, 25-OH-Vit D3, Vitamin B6, B12