



SCHILDDRÜSEN FRAGEBOGEN FÜR NEU-PATIENTEN

Messen Sie bitte an 3 aufeinanderfolgenden Tagen 4 x täglich die Körpertemperatur unter der Zunge.

| | Direkt nach dem Aufwachen | Gegen 11 Uhr | Zwischen 16 – 17 Uhr | Vor dem Einschlafen |
|--------|---------------------------|--------------|----------------------|---------------------|
| 1. Tag | | | | |
| 2. Tag | | | | |
| 3. Tag | | | | |

Beschwerden (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kann nicht lange durchhalten | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Weniger Energie als andere | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Tiefe Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Allgemeine Schwäche |
| <input type="checkbox"/> Lange Erholungszeiten | <input type="checkbox"/> Mangelnde Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Kältegefühl Hände und Füße | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Hohes Cholesterin | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Ungeduld |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Grippesymptome ohne Grippe |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in Harnblase | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner | <input type="checkbox"/> Körperschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Trockene Haare | <input type="checkbox"/> Empfindliche Haut |
| <input type="checkbox"/> Rillen in Fingernägeln | <input type="checkbox"/> Innere Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Brüchige Fingernägel | <input type="checkbox"/> Heißhungerattacken |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Benommenes Gefühl |
| <input type="checkbox"/> Haare werden grau oder weiß | <input type="checkbox"/> Häufiges Harnlassen |
| <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Wie Watte im Kopf | <input type="checkbox"/> Schläfrig auf Kaffee |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Schreckhaft |
| <input type="checkbox"/> Libido vermindert | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom (PMS) |
| <input type="checkbox"/> Starke Monatsblutung | <input type="checkbox"/> Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Knochen- und 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 Kehle, Kloßgefühl | |