

FRAGEBOGEN FÜR NEU-PATIENTEN

Dieser Fragebogen dient für den ersten Überblick über Ihre Beschwerden und dient der Vorbereitung unseres Termins.

Datum _____

Vorname _____

Nachname _____

Anschrift _____ Ort: _____

e-mail _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____

Familiensituation _____ Berufliche Tätigkeit _____

Kinder (Geburtsjahr/Geschlecht) _____

Aktuelle Blutwerte, besonders:

TSH, FT3, FT4, TPO-AK, Ferritin, 25-OH-Vitamin D3, Vitamin B12, Cortisol

Aktuelle Beschwerden:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kann nicht lange durchhalten | <input type="checkbox"/> Wie Watte im Kopf | <input type="checkbox"/> Körperschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Weniger Energie als andere | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Empfindliche Haut |
| <input type="checkbox"/> Tiefe Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Knochen- oder Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Innere Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Lange Erholungszeiten | <input type="checkbox"/> Ohrenjucken | <input type="checkbox"/> Heißhungerattacken |
| <input type="checkbox"/> Kältegefühle Hände und Füße | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom | <input type="checkbox"/> Reisekrankheit |
| <input type="checkbox"/> Hohes Cholesterin | <input type="checkbox"/> Druck in der Kehle | <input type="checkbox"/> Schläfrig auf Kaffee |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Kloßgefühl _____ | <input type="checkbox"/> Häufiges Harnlassen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Trockene Haut und Haare | <input type="checkbox"/> Haarausfall seitlich Augenbrauen | <input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich |
| <input type="checkbox"/> Diffuser Haarausfall | <input type="checkbox"/> Ängste bis Panik | <input type="checkbox"/> Infektneigung |
| <input type="checkbox"/> Rillen, brüchige Fingernägel | <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr _____ |
| <input type="checkbox"/> Haare werden grau oder weiß | <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Libido vermindert |
| <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Überempfindlich, schreckhaft | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche | <input type="checkbox"/> Starke Monatsblutung |
| | <input type="checkbox"/> Ungeduld | <input type="checkbox"/> Schwellungen |
| | <input type="checkbox"/> Grippe-symptome ohne Grippe | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen |

Vorerkrankungen und bekannte Diagnosen/ seit wann

Temperatur: **Bitte messen Sie an 3 Tagen**

Im Mund gemessen (ggf Stirn), ca 30 min nach essen oder trinken, möglichst zuverlässiges Infrarotthermometer nutzen.

Nach dem Aufstehen	11Uhr	16Uhr	Vor dem Schlafengehen

Derzeitige Dosis an Medikamenten/ Nahrungsergänzungen (auch ggf Pille oder Hormonpflaster) und seit wann?

Med/NEM	Dosis	morgens	mittags	abends

Weitere Therapien

Ernährungsform

Bewegung/Sport

Zahnstatus/ Fremdmetalle

Für Frauen: Zyklusverlauf ggf. PMS? Schwangerschaften und Verlauf?