

Praxis für Naturheilkunde Stephanie Grimm

- 🏠 Talstraße 35
66987 Thaleischweiler-Fröschen
- ☎ Telefon: 0 63 34 - 9 84 65 61
- 📠 Telefax: 0 63 34 - 9 84 84 32
- ✉ E-Mail: hp@stephanie-grimm.com
- 🌐 Website: www.stephanie-grimm.com



Zusatzbogen Schilddrüsen-Sprechstunde:

Frau/ Herr

Name/Vorname	Geburtsdatum
Str./ Nr.	PLZ / Wohnort

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

°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, Zink, Magnesium, B6, B12

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"/> Grippe Symptome 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 |

Bitte bringen Sie diesen Vorbereitungsbogen und auch den Anamnesebogen ausgefüllt mit zu Ihrem Besprechungstermin.