

*Hormonvorbereitungsbogen zum Heilpraktikerbesuch in der
Praxis Heller & Woik*

1. Messen Sie bitte an vier aufeinanderfolgenden Tagen vier Mal am Tag die Körpertemperatur unter der Zunge

	Nach dem Aufstehen	Ca. 11 Uhr	Ca. 16 Uhr	Vor dem Einschlafen
Tag 1	°C	°C	°C	°C
Tag 2	°C	°C	°C	°C
Tag 3	°C	°C	°C	°C
Tag 4	°C	°C	°C	°C

2. Sammeln Sie alte Arztberichte und bringen Sie sie zur Behandlung mit. Folgende Laborbefunde lassen Sie bitte in Absprache mit uns neu bestimmen:

fT3, fT4, TSH, TPO-AK, TRAK, Ferritin, 25-OH-Vit D3, Cortisol

3. Derzeitige Medikamente:

4. Derzeitige Beschwerden:

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

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Behandelt von: |
|---|--|---|