

Hormonvorbereitungsbogen zum Heilpraktikerbesuch in der Praxis Heller

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