

Hormonkontrollbogen

Datum: _____

Messen Sie bitte an 3 aufeinanderfolgenden Tagen 4 mal tgl. die **Mundtemperatur**.

°C	Vor dem Aufstehen	Gegen 11 Uhr	Gegen 16 Uhr	Vor dem Einschlafen
1. Tag				
2. Tag				
3. Tag				

Aktuelle Einnahme **Medikamente/andere Mittel**:

Derzeitige **Beschwerden** (bitte Zutreffendes ankreuzen)

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