

Schilddrüsen Fragebogen



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und schicken Sie mir diesen im Vorfeld zu. Sehr hilfreich sind auch Blutbefunde, Ultraschallbilder und Arztberichte. Wenn möglich reichen Sie die mit dem ausgefüllten Anamnesebogen mit ein.

Name:..... Geburtstag:.....
Vorname: Tel. privat:
Strasse: Mobil:
PLZ - Ort:..... E-Mail:
Beruf:..... Familienstand/Kinder:
Wer hat uns empfohlen:..... Blutgruppe:.....

Persönliche Wünsche und Ziele

Was ist Ihr Wunsch und Ziel an mich/uns?

.....
.....
.....
.....
.....

Angaben zur Schilddrüse

Wie lange besteht Ihre Schilddrüsenstörung schon?.....

Welche Art der Schilddrüsen Störung wurde bei Ihnen diagnostiziert?

Unterfunktion Überfunktion M. Hashimoto M. Basedow

Andere Störungen:.....

Welche Medikamente nehmen Sie für die Schilddrüsenstörung ein, wie lange und welche Menge?

.....
.....

Ihr betreuender Arzt/Endokrinologe/Heilpraktiker/

Name/Telefonnummer:.....

.....

Mundtemperatur:

Bitte messen Sie Ihre Mundtemperatur an drei aufeinanderfolgenden Tagen jeweils direkt nach dem Aufwachen, zwischen 13:00 und 15:30 Uhr (min. zwei Stunden Abstand zum Essen) und unmittelbar vor dem Schlafengehen.

Fragen zu SU

- Ist Ihnen ständig kalt? Frieren Sie schnell oder haben Sie sogar eine geringe Körpertemperatur? Ja Nein
- Ermüden Sie bei der kleinsten Anstrengung und fühlen Sie sich matt und erschöpft? Ja Nein
- Fällt es Ihnen schwer, sich über einen längeren Zeitraum auf eine Sache zu konzentrieren? Ja Nein
- Hat Ihr Gedächtnis in der letzten Zeit stark nachgelassen und sind Sie leicht vergesslich? Ja Nein
- Leiden Sie an Haarausfall? Ja Nein
- Sind Ihre Haare trocken, stumpf und brüchig und Ihre Haut rauh und schuppig? Ja Nein
- Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie brüchige Fingernägel oder Rillen in den Fingernägeln haben? Ja Nein
- Haben Sie das Gefühl „Watte im Kopf“ zu haben (Brainfog)? Ja Nein
- Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zugelegt, obwohl Sie genauso viel essen und sich genauso viel bewegen wie vorher? Ja Nein
- Ist Ihr Darm träge und leiden Sie des Öfteren an Verstopfung? Ja Nein
- Ist Ihr Gesicht in letzter Zeit aufgedunsen und blass? Ja Nein
- Haben Sie ein komisches Gefühl beim Schlucken oder spüren Sie eine Enge im Hals? Ja Nein
- Wird Ihre Stimme zusehends rau und heiser, ohne dass Sie an einer Erkältung leiden? Ja Nein
- Spüren Sie nachts ein Kribbeln in den Fingern oder Zehen? Ja Nein
- Hat Ihre Libido abgenommen? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen ein erhöhter Cholesterinspiegel festgestellt? Ja Nein
- Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck und einem zu niedrigen Pulsschlag? Ja Nein
- Haben Sie öfters Entzündungen, vor allem an den Extremitäten? Fühlen sich Ihre Gelenke steif an oder haben Sie das Karpaltunnelsyndrom? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen Eisenmangel und/oder eine Anämie festgestellt? Ja Nein

Fragen zu NN

- Werden Ihre Augenbrauen dünner? Ja Nein
- Haben Sie seitlich an den Augenbrauen bemerkt das Ihnen die Haare ausfallen? Ja Nein
- Sind Sie ständig nervös und leicht reizbar? Ja Nein
- Fühlen Sie sich zeitweise ängstlich und depressiv? Ja Nein
- Zittern Ihre Hände zeitweise? Ja Nein
- Fühlen Sie eine innere Unruhe? Ja Nein
- Fühlen Sie sich häufig krank, ähnlich einer Grippe, haben aber weder Fieber noch andere Symptome? Ja Nein
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? Ja Nein
- Haben Sie eine empfindliche Haut? Ja Nein
- Haben Sie Heißhungerattacken? Ja Nein
- Sind Sie häufig nach Kaffeekonsum schläfrig? Ja Nein
- Müssen Sie häufig Harn lassen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Durchschlafstörungen? Ja Nein
- Verschlechtern sich in der letzten Zeit Ihre Allergiesymptome? Ja Nein
- Sind Sie infektanfällig? Ja Nein
- Spüren Sie häufiger Herzklopfen? Ja Nein
- Haben Sie das Gefühl, dass sich viele der hier aufgeführten Symptome nach 18 Uhr verbessern? Ja Nein

Fragen zu HS

- Hat sich Ihre Libido vermindert? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen in der Harnblase? Ja Nein
- Leiden Sie unter einem Prämenstruellen Syndrom (PMS)? Ja Nein
- Haben Sie starke Monatsblutungen? Ja Nein
- Beobachten Sie häufig Schwellungen oder Wassereinlagerungen an den Extremitäten? Ja Nein
- Leiden Sie unter Bluthochdruck? Ja Nein
- Leiden Sie unter starken Hitzewallungen? Ja Nein

Motivation

Wie hoch ist Ihre Motivation Ihr Ziel oder Ziele zu erreichen? (10 = sehr hoch, 1 = sehr niedrig)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern? Ja Nein Vielleicht

Sind Sie bereit Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern? Ja Nein Vielleicht

Sind Sie bereit regelmäßig Bewegung und Sport in Ihr Leben einzubauen? Ja Nein Vielleicht

Hätten Sie mindestens 2x pro Woche Zeit etwas für Ihre Fitness zu tun? ja nein

Wie lange denken Sie braucht es, um Ihre Ziele und Wünsche zu verbessern?

Wochen..... Monate..... Jahre.....

Was denken Sie könnte Sie davon abhalten Ihre Ziele und Wünsche zu erreichen?

Zeit Engagement Geld Krankheit fehlende Hilfe Anderes

Beruf

Welchen Beruf üben Sie momentan aus?.....

Mögen Sie ihre Arbeit und sind Sie dabei glücklich? ja nein Schichtdienst (Wie).....

Familiensituation

Beschreiben Sie Ihre Familiensituation? (Verheiratet, Single, Partnerschaft, Großeltern, Verwitwet, Kinder/Wieviel?, Glückliche Familienbeziehung usw.)

.....

Stress- und Schlafverhalten

Wie hoch ist Ihr Stresslevel im Moment (10 = sehr hoch, 1 = sehr niedrig)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was tun Sie um sich zu entspannen?.....

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

Einschlafschwierigkeiten Schlaflosigkeit Häufiges Erwachen (Uhrzeit?.....)

Wann gehen Sie zu Bett?.....Wann stehen Sie auf?.....

Wie fühlen Sie sich Morgens beim Aufstehen?

.....

Gibt es Allergien

Pollen, Gräser, Allergien:

.....

Seit wann?

Essverhalten

Mit welchem Körpergewicht fühlen Sie sich am wohlsten? kg oder Kleidergröße

Halten Sie sich an eine bestimmte Ernährungsweise oder haben Sie in der Vergangenheit eine Diät probiert?

ja nein Mit welchem Erfolg?

Sind Sie der Meinung das eine typgerechte Ernährung für Ihre Ziele wichtig wäre? ja nein

Wenn nein, warum?

Notieren Sie hier was Sie generell essen? (Bitte genau ausfüllen)

(F= Frühstück, VM = Vormittags-Mahlzeit, M = Mittagessen, NM = Nachmittags-Mahlzeit, A = Abendessen)

F:

VM:

M:

NM:

A:

Nehmen Sie Mikrowellen-Essen zu sich? Ja Nein Wenn ja, wie oft?

Wie oft pro Woche nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich (inkl. Mittag- u. Abendessen)? (Bitte genau ausfüllen)

Rotes Fleisch? (Steak, Hackfleisch, Rind, Kalb, Lamm, Schwein, Wurstprodukte).....

Weißes Fleisch? (Geflügel: Huhn, Pute, Ente usw.)

Fisch? (aus der Dose, gekocht, geräuchert, roh, tief gefroren).....

Was essen Sie gar nicht?

Fleisch Geflügel Fisch Eier Kuhmilchprodukte Sonstiges.....

Leiden Sie an Nahrungsmittelunverträglichkeiten? (Laktose, Fruktose, Gluten, Histamin usw./wann)? (Bitte genau ausfüllen)

.....

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? (Kaffee, Tee, Wasser, Milch, Fruchtsäfte, Mixgetränke)?.....

.....

Verwenden oder nehmen Sie Zucker? Ja Nein Wenn ja, wieviel und wie oft?

Verwenden oder nehmen Sie Süßstoff? Ja Nein Wenn ja, wieviel und wie oft?

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten oder haben ein bestimmtes Verlangen danach und wann?

.....

Wann essen Sie? Hungergefühl Frust Stressbewältigung Langeweile Belohnung

Was kaufen Sie? Bio Vegan Regional Saisonal Normal Sonstiges.....

Wer unterstützt Sie beim Ihrem Essverhalten? Partner Familie Freunde Arbeitskollegen Niemand

Zähne / Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Aktuelles Zahnfüllmaterialien? Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase - Mandeln

Nasen-OP häufige Nasennebenhöhlenentzündungen behinderte Nasenatmung Nase häufig verstopft

Mandel-OP häufig Gabe von Antibiotika als Kind/Erwachsener Sonstige:

Muskel- und Skelettsystem

Leiden Sie häufig an Muskel- und Nackenverspannungen, oder haben Schmerzen? Was tun Sie dagegen?.....

.....
.....

Gesundheitsfragen

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie lange und wieviel Zigaretten am Tag?

Haben Sie in der Vergangenheit geraucht? Ja Nein Wenn ja, wie lange, wieviele?

Konsumieren Sie alkoholische Getränke? Was, wie oft und wann?

.....

Gibt es bei Ihnen Herz-Kreislaufbeschwerden? (Rhythmusstörungen, Blutdruck hoch/niedrig, Stechen in der Brust, Medikamente usw.)

.....
.....

Leiden Sie häufig an Erkältungskrankheiten? (Bronchitis, Grippale Infekte, Schleimbildung, Nasen-Nebenhöhlenentzündung usw.)

.....

Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden?

Blähungen Magendruck Völlegefühl Sodbrennen Hämorrhoiden Appetitlosigkeit

Pilzneigung Sonstiges

Stuhlgang? täglich unregelmäßig/jeden 2.3.4 Tag Neigung zur Verstopfung

Neigung zum Durchfall normale Konsistenz Hart Weich Schmierig

Übelriechend Stuhl hell Stuhl dunkel wechselhaft Juckreiz am After

Mögliche Hinweise auf...

Fettleber

- Leiden Sie unter Antriebslosigkeit und Müdigkeit? Ja Nein
- Haben Sie häufig einen Punktschmerz zwischen den Schulterblättern Ja Nein
- Bekommen Sie schnelle blaue Flecken? Ja Nein
- Haben Sie eine Abneigungen gegen fettiges Essen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Haarausfall (v.a. schubweise)? Ja Nein
- Haben Sie starke Stimmungsschwankungen? Ja Nein
- Frieren Sie häufig und haben kalte Glieder? Ja Nein
- Haben Sie häufig Gelenk- oder Muskelschmerzen? Ja Nein
- Haben Sie häufig morgens einen unangenehmen Geschmack im Mund? Ja Nein
- Leiden Sie unter chronischen Sehnenbeschwerden? Ja Nein

Niedergradige Entzündungen

- Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten Ja Nein
- Leiden Sie häufig an Entzündungen der Schleimhäute? (Magen, Darm, Nasennebenhöhlen, Mittelohr, Schleimbeutel) Ja Nein
- Leiden Sie an Asthma oder Bronchitis oder haben daran gelitten? Ja Nein
- Leiden Sie an Neurodermitis oder haben in der Vergangenheit daran gelitten? Ja Nein
- Leiden Sie unter Morbus Crohn? Ja Nein
- Sind Sie an Colitis ulcerosa erkrankt? Ja Nein
- Gehen Sie häufig ins Solarium? Ja Nein
- Leiden Sie an einem Diabetes Typ 1? Ja Nein
- Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt und zur Zahnpflege (min. 2x im Jahr)? Ja Nein
- Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? _____ Ja Nein

Vitamin B Mangel

- Haben Sie Verdauungsprobleme? Ja Nein
- Haben Sie Gedächtnisstörungen? Ja Nein
- Haben Sie Probleme morgens in die Gänge zu kommen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Konzentrationsproblemen? Ja Nein
- Haben Sie an Fersen oder Fingerspitzen Risse oder ist Ihre Haut dort trocken? Ja Nein
- Leiden Sie an kleinen Geschwüren innerhalb ihres Mundes oder Zahnfleischentzündungen? Ja Nein
- Leiden Sie an PMS? Ja Nein

Vitamin D Mangel

- Haben Sie Pigmentstörungen? (Weiße Flecken, Muttermale oder Altersflecken) Ja Nein
- Leiden Sie unter Schuppen oder trockener Kopfhaut? Ja Nein
- Leiden Sie unter Psoriasis? Ja Nein
- Haben Sie Ekzeme? Ja Nein
- Leiden Sie unter Osteoporose? Ja Nein
- Leiden Sie unter unter einem Reizdarm-Syndrom? Ja Nein
- Leiden Sie unter einem Metabolischen Syndrom? Ja Nein

Unterleib - Haut - Nägel - Gynäkologie

Leiden Sie häufig an Entzündungen im Urogenitalbereich? (Blasen-/Prostataentzündung, Nierbecken, Nierensteine,

Prostatavergrößerung usw.).....

Wie ist Ihr Harndrang? viel wenig farblos Farbe stark riechend

Sexualität vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Haut / Nägel? Hautjucken Warzen Neurodermitis Schuppenflechte häufige Nagelbettentzündung

Narbengewebe? Ja (bitte bei Besuch zeigen oder Aufnahmen schicken) Nein

Nur für Frauen:

Ausfluss Eierstockentzündungen Ausschabungen Fehlgeburten Zysten Myome

Tumore Sonstiges.....

Bestehen noch Regelblutungen? ja nein Wann war die erste Menses..... Wann die letzte?

Wie lange ist Ihr Monatszyklus? (28-30 Tage, länger oder kürzer).....

Beschwerden - vor - nach - während der Regel, welche?

.....

Klimakterische Beschwerden, wenn ja welche?

Verhütungsmittel, welche?

Nehmen Sie Hormone ein?

Pille Spirale Hormonersatztherapie Sonstige.....

Wie lange schon? Wann war die letzte Einnahme? Nehmen Sie die Pille durch?.....

Operationen, Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Vorerkrankungen

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein, seit wann/und wieviele?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen Achtung! Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!

.....

.....

.....

.....

Gibt es Vorerkrankungen, OP's oder Verletzung? Wenn ja, Welche?

.....

.....

.....

Vielen Dank das Sie sich Zeit genommen haben, um diesen Fragebogen genau und komplett auszufüllen!