



Vorbereitungsbogen

Name _____

Geburtsdatum _____

1. Messen Sie bitte an 2 aufeinanderfolgenden Tagen 4 mal am Tag die Körpertemperatur unter der Zunge;

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

2. Ihre bisherigen Befunde und Blutwerte können Sie sehr gerne mitbringen. Falls Sie keine zur Hand haben ist das nicht weiter schlimm. Bei Bedarf können wir direkt bei unserem Termin Blut abnehmen.

3. Bestehen akute Beschwerden – wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Kann nicht lange durchhalten | Ängste bis Panik | Prämenstruelles Syndrom |
| Erschöpfung | Herzklopfen | Unregelmäßiger Zyklus |
| Lange Erholungszeiten | Zittern | Schwellungen |
| Kältegefühl Hände und Füße | Ungeduld | Bluthochdruck |
| Verstopfung | Innere Unruhe | Hitzewallungen |
| Durchfall | Heißhungerattacken | Zysten/Myome |
| Trockene Haut und Haare | Schlafstörungen | Verminderte Fertilität |
| Konzentrationsstörungen | Allergien verschlechtern sich | Migräne |
| Vergesslichkeit | Infektneigung | Erhöhtes Cholesterin |
| Wie Watte im Kopf | Nachmittagstief | |
| Gewichtszunahme | Alles besser nach 18 Uhr | |
| Gewichtsabnahme | Entzündungen | |
| Gelenkschmerzen | | |
| Kloßgefühl | | |
| Starke Monatsblutung | | |
| Depressive Verstimmung | | |