



## Update Hormonstoffwechsel

Heilpraxis Thiele | Kirchheimer Str. 42 | 70619 Stuttgart | 0711-16 222 44 | info@heilpraxis-thiele.de

Vorname:

Nachname:

Alter:

**Datum:**

### Ihre derzeitigen Beschwerden:

<input type="checkbox"/> Kaum Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner	<input type="checkbox"/> Libido vermindert
<input type="checkbox"/> Weniger Energie als andere	<input type="checkbox"/> Haarausfall seitlich der Augenbrauen	<input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase
<input type="checkbox"/> Tiefe Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Ängste bis hin zu Panik	<input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom
<input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber	<input type="checkbox"/> Nervös oder reizbar	<input type="checkbox"/> Starke Monatsblutung
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Schwache Monatsblutung
<input type="checkbox"/> Langsamer Puls	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Schmier- u. Zwischenblutungen
<input type="checkbox"/> Lange Erholungszeiten	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Unregelmäßige Zyklen
<input type="checkbox"/> Kältegefühl Hände u. Füße	<input type="checkbox"/> Überempfindlich, schreckhaft	<input type="checkbox"/> Zyklus länger als 30 Tage
<input type="checkbox"/> Hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/> Wutausbrüche	<input type="checkbox"/> Zyklus kürzer als 26 Tage
<input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Ungeduld	<input type="checkbox"/> Schwellungen
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Grippe-symptome ohne Grippe	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Brüchige gerillte Fingernägel	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Hitzewallungen
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Körperschmerzen	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> Empfindliche Haut	
<input type="checkbox"/> Wie Watte im Kopf	<input type="checkbox"/> Innere Unruhe	
<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Heißhungerattacken	
<input type="checkbox"/> Knochen- / Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Reisekrankheit	
<input type="checkbox"/> Ohrenjucken	<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit nach Kaffee	
<input type="checkbox"/> Einschlafen der Hände/Finger	<input type="checkbox"/> Häufiges Harnlassen	
<input type="checkbox"/> Druck in der Kehle	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich	
Haut und Haare	<input type="checkbox"/> Infektneigung	
<input type="checkbox"/> Trockene Haut <input type="checkbox"/> Schuppige Haut	<input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr	
<input type="checkbox"/> Trockene Haare <input type="checkbox"/> Stumpfe Haare <input type="checkbox"/> Brüchige Haare <input type="checkbox"/> Diffuser Haarausfall <input type="checkbox"/> Haare werden grau o. weiß		



## Körpertemperatur-Check:

### Bitte beachten

Die erste Messung sollte vor dem Aufstehen direkt nach dem Aufwachen erfolgen. Messen Sie mit einem Fieberthermometer eine Minute lang Ihre Temperatur, auch wenn es schon vorher piept, und machen Sie ein „X“ im entsprechenden Kästchen. Die zweite Messung erfolgt am Vormittag um ca. 11 Uhr, die dritte am Nachmittag gegen 16 Uhr. Die vierte und letzte Messung führen Sie bitte vor dem Schlafengehen durch.

Messung	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4			
>37,5																
37,5																
37,4																
37,3																
37,2																
37,1																
37,0																
36,9																
36,8																
36,7																
36,6																
36,5																
36,4																
36,3																
36,2																
36,1																
36,0																
35,9																
35,8																
35,7																
35,6																
<35,6																

**Aktuelle Medikation (Arzneimittel, Nahrungsergänzung):**

**Ihre Stimmung derzeit:**

<input type="checkbox"/>										
1	2	4	5	6	7	8	9	10		
wenig			mittel				sehr gut			

**Ihre Vitalität derzeit:**

<input type="checkbox"/>										
1	2	4	5	6	7	8	9	10		
wenig			mittel				sehr gut			

**Herzlichen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!**