

Informationsschreiben

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

heute erhalten Sie den Anamnesebogen. Bitte füllen Sie diesen aus und bringen ihn zum Termin mit. Nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung. Ihre Antworten sind Teil der Anamnese, die dann beim Erstgespräch vervollständigt wird. Schilddrüsenprobleme sind meistens eine Folge von mehreren Störungen, die es gilt herauszufinden. Erfahrungsgemäß dauert die Erstberatung ca. 60 bis 90 Minuten.

Zum Termin sollten Sie alle medizinischen Befunde mitbringen, die Sie haben. Zusätzliche Informationen, die Sie wichtig finden, können Sie auf einem Beiblatt hinzufügen.

Bitte führen Sie die Körpertemperaturmessung durch, auch wenn es ein wenig Aufwand für Sie ist. Die Ergebnisse zeigen schon, wie gut die Schilddrüse funktioniert.

Kosten:

Die Beratungszeit wird mit 1,40 € pro Minute abgerechnet. Zusätzlich wird die Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse mit 28,15 € berechnet.

Kostenübernahme: Eine (teilweise) Erstattung der Kosten für Heilpraktikerrechnungen durch private Krankenversicherungsträger ist möglich. Dies ist abhängig von Ihrem abgeschlossenen Tarif. Bitte klären Sie dies mit Ihrer Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten keine Kosten.

Bereiche im Anamnesebogen, die für Sie nicht zutreffen, bitte auslassen. Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.

Name:	
Vorname:	
Strasse:	Postleitzahl und Ort:
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Krankenversicherung:	Zusatzversicherung:
Familienstand:	
Beruf:	
Größe:	Gewicht:

Allgemeines:		
Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?		
Welche akuten Erkrankungen oder Probleme (neben der Schilddrüsenproblematik) liegen zurzeit vor?		
Welche chronischen Erkrankungen sind bekannt?		
Gab es schwere Erkrankungen oder Traumen in Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche:		
Welche Operationen wurden bei Ihnen schon durchgeführt und wann?		
Welche Impfungen wurden in den letzten 2 Jahren durchgeführt?		

Wieviel Antibiotikabehandlungen haben Sie schon erhalten?		
Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?		ja nein
wenn ja, welche:		
Haben Sie noch Amalgam-Füllungen (Zähne)?		ja nein
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?		ja nein
Haben Sie Zahnimplantate?		ja nein
Was würden Sie als Ihre persönliche Schwachstelle bezeichnen?		
Leiden Sie an Verdauungsstörungen? (Sodbrennen, Blähungen etc.)		ja nein
wenn ja, welche:		
Haben Sie täglich Stuhlgang?		ja nein
wenn nein, wie oft in der Woche:		
Beschaffenheit des Stuhlganges: weich / geformt / fest / unterschiedlich		
Leiden Sie an einer Essstörung?		ja nein
wenn ja, welche und seit wann:		
Leiden Sie an Übergewicht?		ja nein
wenn ja, seit wann:		

Thema Schilddrüse:		
Befinden Sie sich wegen einer Schilddrüsenerkrankung derzeit in ärztlicher Behandlung?		ja nein
welche Diagnose wurde gestellt:		
Waren Sie schon früher wegen einer Schilddrüsenerkrankung in Behandlung?		ja nein
wenn ja, weswegen:		
Wurden Sie an der Schilddrüse operiert?		ja nein
wenn ja, ist ein Teil der Schilddrüse erhalten geblieben?		ja nein
Hatten Sie eine Radiojodtherapie?		ja nein
Nehmen Sie zurzeit Schilddrüsenhormone ein?		ja nein
wenn ja, welche und seit wann:		
Nur für Frauen zum Ausfüllen:		
Welche Art der Empfängnisverhütung wenden Sie derzeit an:		
Wie viele Kinder haben Sie geboren:		
Wie alt waren Sie bei der Geburt des Kindes/der Kinder?		
Haben Sie Ihre Regelblutung noch?		ja nein
Wie alt waren Sie, als die Regel das letzte Mal eintraf?		Jahre

Thema Belastung:		
Sind Sie berufstätig?	ja	nein
Arbeiten Sie im Schichtdienst?	ja	nein
Wieviele Stunden arbeiten Sie pro Tag?	Std.	
Haben Sie außergewöhnliche Belastungen? z.B. Pflege von Angehörigen	ja	nein
Wenn ja, welche:		
Haben Sie Ausgleichsmöglichkeiten (Entspannungstechniken, Sport etc.)?	ja	nein
wenn ja, welche und wie oft:		
Haben Sie Stress?	ja	nein
Wie empfinden Sie Ihre momentane seelische/psychische Belastung?	o.k	zu viel
Wie empfinden Sie Ihre momentane körperliche Belastung?	o.k	zu viel
Wie empfinden Sie Ihre momentane berufliche Belastung?	o.k.	zu viel
Rauchen Sie?	ja	nein
Haben Sie Implantate, Tattoo, Piercing oder ähnliches?	ja	nein
Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	Std.	
Können Sie durchschlafen?	ja	nein
Können Sie gut einschlafen?	ja	nein

Thema Ernährung:		
Wie viele Liter (Wasser, Tee) trinken Sie pro Tag?	Liter	
Wieviel Kaffee oder schwarzen Tee trinken Sie täglich (Angabe in Tassen)	Tassen	
Essen Sie regelmäßig?	ja	nein
Ernährung:	Vegetarisch / Vegan / esse alles	
Kochen Sie täglich selbst?	ja	nein
Was beinhaltet Ihr typisches Frühstück?		
Was beinhaltet Ihr typisches Mittagessen?		
Was beinhaltet Ihr typisches Abendessen?		
Benötigen Sie Zwischenmahlzeiten?	ja	nein
Wieviel Esslöffel kaltgepresstes Öl essen Sie täglich?	EL	
Haben Sie des öfteren Heißhunger auf Süßes oder Salziges?	ja	nein

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Das Informationsschreiben habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift:

Ich bin einverstanden per E-Mail Informationen zu erhalten

ja	nein
----	------

Name:

1. Messen Sie an 3 aufeinanderfolgenden Tagen 4 mal täglich die Körpertemperatur unter der Zunge.

C°	nach dem Aufstehen	gegen 11 Uhr	gegen 16 Uhr	vor dem Einschlafen
1. Tag				
2. Tag				
3. Tag				

Für Frauen: An welchen Zyklustagen befanden Sie sich zur Zeit der Temperaturmessung:

2. Bringen Sie zum Termin (nach Möglichkeit) alte Arzt- und Laborbefunde mit.
Folgende Laborwerte sollten Sie bei Ihrem Arzt oder einem freien Labor bestimmen lassen:
ft3, ft4, TSH, TPO-AK, TAK, TRAK, Ferritin, 25-OH-Vitamin D3, Vitamin B6 und Vitamin B12.

3. Bestehen akute Beschwerden, bitte markieren Sie diese:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| kann nicht lange durchhalten | Augenbrauen werden dünner | Libido vermindert |
| weniger Energie als andere | Haarausfall seitlich der Augenbrauen | Schmerzen in der Harnblase |
| tiefe Erschöpfung | Herzklopfen | Prämenstruelles Syndrom |
| lange Erholungsphasen | Zittern | starke Monatsblutung |
| Kältegefühl Hände und Füße | Durchfall | Schwellungen |
| hohes Cholesterin | Überempfindlichkeit, schreckhaft | Bluthochdruck |
| Reizdarm | Wutausbrüche | Hitzewallungen |
| Verstopfung | Ungeduld | |
| trockene Haut und Haare | Grippe-symptome (ohne Grippe) | |
| Haare werden grau und weiß | Kopfschmerzen | |
| Schmerzen in der Harnblase | Körperschmerzen | |
| Rillen, brüchige Fingernägel | empfindliche Haut | |
| Gewichtszunahme | innere Unruhe | |
| Knochen- und Muskelschmerzen | Heißhungerattacken | |
| Ohrenjucken | Reisekrankheit | |
| Karpaltunnelsyndrom | Schläfrigkeit auf Kaffee | |
| Druck in der Kehle | häufiges Harnlassen | |
| Kloßgefühl | Durchschlafstörungen | |
| Konzentrationsstörungen | Allergien verschlechtern sich | |
| Vergesslichkeit | Infektneigung | |
| wie Watte im Kopf | alles besser nach 18 Uhr | |