

# Verlaufskontrolle

Name, Vorname

---

## Temperaturmessung

Messen Sie bitte an 3 aufeinanderfolgenden Tagen 4 mal am Tag die Körpertemperatur unter der Zunge

Datum	Nach dem Aufstehen	11 Uhr	16 Uhr	vor dem Einschlafen

## Aktuelle Beschwerden (bitte zutreffendes ankreuzen)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> weniger Energie als früher      | <input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner                    | <input type="checkbox"/> Libido vermindert   |
| <input type="checkbox"/> tiefe Erschöpfung               | <input type="checkbox"/> Haarausfall seitlich der Augenbrauen         | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase  |
| <input type="checkbox"/> lange Erholungszeiten           | <input type="checkbox"/> Ängste bis Panik                             | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom   |
| <input type="checkbox"/> Kältegefühl an Händen und Füßen | <input type="checkbox"/> Herzklopfen                                  | <input type="checkbox"/> starke Monatsblutung  |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl                      | <input type="checkbox"/> Zittern                                      | <input type="checkbox"/> Schwellungen, Ödeme   |
| <input type="checkbox"/> Druck in der Kehle              | <input type="checkbox"/> Überempfindlich, schreckhaft                 | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   |
| <input type="checkbox"/> hohes Cholesterin               | <input type="checkbox"/> alles besser nach 18 Uhr                     | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen  |
| <input type="checkbox"/> trockene Haut und Haare         | <input type="checkbox"/> Infektneigung – öfter krank                  | <input type="checkbox"/> Zyklus länger als 29 Tage   |
| <input type="checkbox"/> diffuser Haarausfall            | <input type="checkbox"/> morgens schlapp, komme schlecht aus dem Bett | <input type="checkbox"/> Zyklus kürzer als 27 Tage   |
| <input type="checkbox"/> Rillen, brüchige Fingernägel    | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche oder Ungeduld                   | <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute   |
| <input type="checkbox"/> Haare werden grau oder weiß     | <input type="checkbox"/> Grippe-symptome ohne Grippe                  | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch (seit _____)   |
| <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber       | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                                |  |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen         | <input type="checkbox"/> Körperschmerzen                              | <input type="checkbox"/> Blähungen   |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit                 | <input type="checkbox"/> empfindliche Haut                            | <input type="checkbox"/> Völlegefühl   |
| <input type="checkbox"/> Brain fog – Watte im Kopf       | <input type="checkbox"/> innere Unruhe                                | <input type="checkbox"/> Stuhlgang NICHT täglich (alle 2./3./4...Tage)                       |
| <input type="checkbox"/> ungewollte Gewichtszunahme      | <input type="checkbox"/> Heißhungerattacken                           | <input type="checkbox"/> weicher Stuhlgang (oder auch Durchfall)                             |
| <input type="checkbox"/> Knochen- oder Muskelschmerzen   | <input type="checkbox"/> Reisekrankheit                               | Toilettenpapierverbrauch beim Stuhlgang:   |
| <input type="checkbox"/> Ohrenjucken                     | <input type="checkbox"/> schläfrig auf Kaffee                         | <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> wenig |
| <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom             | <input type="checkbox"/> häufiges Harnlassen                          | Farbe des Stuhlgangs:  |
|  | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen                         | <input type="checkbox"/> dunkelbraun <input type="checkbox"/> hellbraun                      |
|  | <input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich                |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____  |