

Anamnesefragebogen Schilddrüse

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, stehe ich Ihnen natürlich behilflich zur Seite.

Name; Vorname _____
Geburtsdatum _____ Männlich Weiblich
PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____
Beruf _____ beschäftigt _____
Tel _____ Mobil _____
Email _____
Newsletter erwünscht Ja Nein

Wurde bei Ihnen schon mal die Schilddrüse untersucht?

Ja Nein Wann? _____ Wo? _____

Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung behandelt? Ja Nein

Mit Medikamenten ? Ja Nein

Mit Radiojod? Ja Nein

Durch Operation Ja Nein

Haben Sie Beschwerden am Hals? Ja Nein

Welche Symptome? _____

Welche Schilddrüsenmedikamente nehmen Sie gerade ein?

Ist Ihr Appetit grösser geworden? Ja Nein

Empfindsamer gegen Wärme Ja Nein

Sind die Hände in letzter Zeit wärmer? Ja Nein

www.sandra-sauer-becker.de

Naturheilpraxis Sandra Sauer-Becker

Balduinstr.25

52525 Waldfeucht

Tel: 024 55-777 99 05

- Schwitzen Sie in letzter Zeit mehr? Ja Nein
- Zittern Sie in letzter Zeit? Ja Nein
- Sind sie innerlich unruhiger geworden? Ja Nein
- Haben Sie in letzter Zeit eine Veränderung des Pulses? Ja Nein
- Haben Sie neuerdings vermehrt Stuhlgang? Ja Nein
- Haben Sie beschwerden an den Augen? Ja Nein
- Leiden Sie an Appetitlosigkeit? Ja Nein
- Haben Sie zugenommen? Ja Nein
- Haben Sie abgenommen? Ja Nein
- Frieren Sie Leichter? Ja Nein
- Haben Sie oft kalte Hände oder Füße? Ja Nein
- Ist Ihre Haut trocken geworden? Ja Nein
- Waren Sie schon immer nervös? Ja Nein
- Sind Sie müde, schläfriger oder langsamer geworden? Ja Nein
- Leiden Sie an Verstopfung? Ja Nein
- Haben Sie Wassereinlagerungen ? Gesicht? Beine? Arme? Ja Nein
- Nehmen Sie die Pille ein? Ja Nein
- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
- Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung? Ja Nein
- Hatten Sie Fehlgeburten? Ja Nein

Vorerkrankungen ?

- | | | | |
|------------------|---|----------------|---|
| Bluthochdruck | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Diabetes mell. | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Tumore | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Hautkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechsel | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Gicht | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | AIDS | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Asthma | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Herz | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Psyche | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | |

Sonstiges _____

www.sandra-sauer-becker.de

Naturheilpraxis Sandra Sauer-Becker

Balduinstr.25

52525 Waldfeucht

Tel: 024 55-777 99 05

Allergien?

Hausstaubmilben	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schimmelpilze	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tierhaare	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Aspirin	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diclofenac	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Metalle	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gräser	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Pollen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Nahrungsmittel, wenn ja welche _____
Sonstiges _____

Familienvorgeschichte:

Vegetative Anamnese

Durst Ja Nein (Normal ca 1,5-2L)
Appetit Ja Nein
Stuhlgang Besonderheiten _____ Durchfall wie oft _____
Wasserlassen Besonderheiten _____ Nachts _____
Gewicht _____ kg Größe _____ cm Besonderheiten _____
Änderung Warm Kaltempfinden Ja Nein _____
Übermäßiges Schwitzen Ja Nein
Häufige Kopfschmerzen Ja Nein
Zigaretten Ja Nein Wie viele _____
Alkohol Ja Nein Wieviel _____
Medikamente _____

Impfungen

Tetanus	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Polio	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	TBC	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Mumps	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis A	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Röteln	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Brille / Kontaktlinsen Ja Nein

letzter Zahnarztbesuch _____ Besonderheiten Ja Nein
letzte Vorsorgeuntersuchung _____
letzte Regelblutung _____ Dauer? _____

www.sandra-sauer-becker.de

Naturheilpraxis Sandra Sauer-Becker
Balduinstr.25
52525 Waldfeucht
Tel: 024 55-777 99 05