**Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum (Monat/Jahr): \_\_\_/\_\_\_**

**Temperaturmessung bitte an 3 aufeinanderfolgenden Tagen (Zunge/Ohr)**

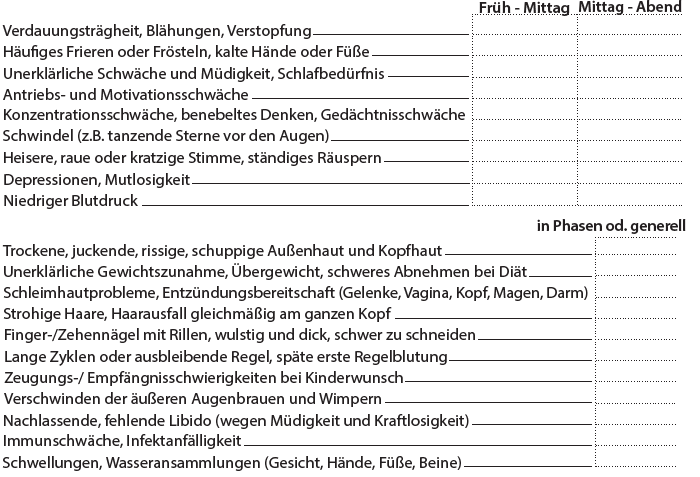
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| °C | Nach dem Aufstehen | 11:00 Uhr | 16:00 Uhr | Vor dem Schlafen |
| Tag 1 |  |  |  |  |
| Tag 2 |  |  |  |  |
| Tag 3 |  |  |  |  |

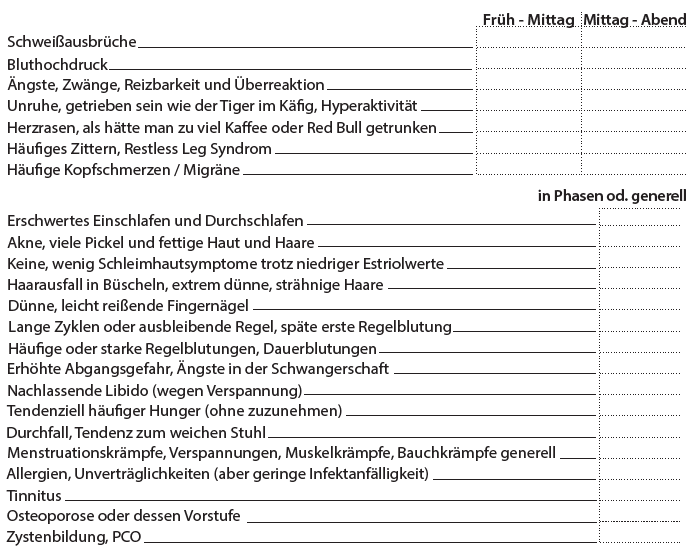
**Blutdruckmessung (RR) bitte an 3 aufeinanderfolgenden Tagen**

**(Handgelenk oder Oberarm)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RR | Im Liegen + unmittelbar nach dem Aufstehen | | 11:00 Uhr | 16:00 Uhr | Vor dem Schlafen |
| Tag 1 |  |  |  |  |  |
| Tag 2 |  |  |  |  |  |
| Tag 3 |  |  |  |  |  |

**Welche Befindlichkeitsstörungen liegen vor?**





**Bisherige Labordiagnostik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TSH |  | Ferritin |  |
| fT4 |  | Vitamin D3 (25-OH) |  |
| fT3 |  | Vitamin B6 |  |
| TPO-Ak |  | Vitamin B12 |  |
| TAK |  | Cortisol (morgens) |  |
| TRAK |  | Aldosteron |  |
|  |  | FSH |  |