

# SYMPTOMTABELLE

Patientenname \_\_\_\_\_

Erhebungsdatum \_\_\_\_\_

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit?  
 Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an wie stark Sie davon betroffen sind.  
 Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte "0 - keine" an.

**Symptome:**

- 0 - keine**
- 1 - hin und wieder**
- 2 - öfter, regelmäßig, in Phasen**
- 3 - wesentliches Problem, sehr stark**

Symptome:	0	1	2	3
Kann nicht lange durchschlafen				
Weniger Energie als andere				
Tiefe Erschöpfung				
Lange Erholungszeiten				
Kältegefühle Hände/Füße				
Hohes Cholesterin				
Reizdarm				
Verstopfung				
Trockene Haut und Haare				
Schmerzen in der Harnblase				
Rillen, brüchige Fingernägel				
Haare werden grau oder weiß				
Einschlafneigung tagsüber				
Konzentrationsstörungen				
Vergesslichkeit				
Wie Watte im Kopf				
Gewichtszunahme				
Knochen-/ Muskelschmerzen				
Ohrenjucken				
Karpaltunnelsyndrom				
Druck in der Kehle				
Kloßgefühl				

Symptome:	0	1	2	3
Augenbrauen werden dünner				
Haarausfall seitlich der Augenbrauen				
Ängste bis Panik				
Herzklopfen				
Zittern				
Durchfall				
Überempfindlich, schreckhaft				
Wutausbrüche				
Ungeduld				
Grippe-symptome ohne Grippe				
Kopfschmerzen				
Körperschmerzen				
Empfindliche Haut, Hautprobleme				
Innere Unruhe				
Heißhungerattacken				
Reisekrankheit				
Schläfrig auf Kaffee				
Häufiges Harnlassen				
Durchschlafstörungen				
Allergien verschlechtern sich				
Infektneigung				
Alles besser nach 18 Uhr				

Symptome:	0	1	2	3
Libido vermindert				
Schmerzen in der Harnblase				
Prämenstruelles Syndrom				
Starke Monatsblutung				
Schwellungen				
Bluthochdruck				
Hitzewallungen				

Arztstempel