



FRAGEBOGEN SCHILDDRÜSE (THYROID SYMPTOM EVALUATION)

Dieser Test soll Ihnen helfen festzustellen, ob Ihre Schilddrüse richtig arbeitet, zu wenig Hormone (Hypothyreose/Unterfunktion) oder zu viele Hormone (Hyperthyreose/Überfunktion) produziert. Jedes Symptom für sich ist nicht spezifisch für Schilddrüsenerkrankungen. Aber je mehr sich davon häufen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie auf eine Fehlfunktion dieses wichtigen Stoffwechselorgans zurückzuführen sind. Genauso kann die wiederholte Evaluierung Ihrer Symptome unter medikamentöser Einstellung Ihrem Arzt helfen, die Wahl des Arzneimittels und die Dosierung zu überprüfen. Entscheiden Sie bei den folgenden Aussagen über den Schweregrad oder die Häufigkeit jedes Symptoms, in dem Sie die Zahl markieren, die am genauesten widerspiegelt, wie sehr diese Aussage auf Sie zutrifft:

0-keine Beschwerde

1-mild oder gelegentlich

2-mäßig oder oft

3-schwer oder immer

SCHILDDRÜSENUNTERFUNKTION/HYPOTHYREOSE

Allgemeine Körperliche Symptome	0	1	2	3
Ich bin oft krank (ich bekomme jeden Schnupfen)	☐	☐	☐	☐
Ich bin besonders anfällig für Ohren-, Nasen- oder Racheninfektionen	☐	☐	☐	☐
Ich habe langsame/schwache Sehnenreflexe (Achillessehnenreflex, Patellasehnenreflex)	☐	☐	☐	☐
Mein Gesamtcholesterin ist erhöht	☐	☐	☐	☐
Mein Puls ist niedrig oder schwach (kaum tastbar)	☐	☐	☐	☐
Ich habe Autoimmunerkrankungen	☐	☐	☐	☐
Im Winter/bei Kälte werden meine Beschwerden schlimmer	☐	☐	☐	☐
Gewicht, Verdauung, Essen, Trinken	0	1	2	3
Ich nehme plötzlich schnell an Gewicht zu bzw. ich bin übergewichtig	☐	☐	☐	☐
Selbst bei Diäten und Kalorienreduktion nehme ich nur schwer ab	☐	☐	☐	☐
Mein Körper sieht geschwollen, aufgedunsen oder teigig aus (sogar mein Rücken ist geschwollen) Ich habe wenig Appetit	☐	☐	☐	☐
Ich habe nicht viel Durst/ich trinke wenig (ich trinke nur ungern Wasser)	☐	☐	☐	☐
Aber ich trinke koffeinhaltige Getränke (um mehr Energie zu bekommen)	☐	☐	☐	☐
Ich muss selten urinieren	☐	☐	☐	☐
Mein Bauch fühlt sich aufgebläht an bzw. ich habe oft Blähungen	☐	☐	☐	☐
Ich bin chronisch verstopft bzw. meine Verdauung ist langsam (ich muss oft Abführmittel nehmen)	☐	☐	☐	☐

Schlaf, Energie	0	1	2	3
Ich habe Einschlafstörungen und/oder Durchschlafstörungen	0	0	0	0
Ich bin tagsüber schläfrig, auch wenn ich ausgeruht bin	0	0	0	0
Ich fühle mich abends fitter	0	0	0	0
Ich habe oft Fuß- oder Beinkrämpfe in der Nacht	0	0	0	0
Meine Beine sind unruhig in der Nacht	0	0	0	0
Ich empfinde schmerzhafte Muskel- & Gelenksteifigkeit beim Aufwachen	0	0	0	0
Ich schnarche im Schlaf (vor allem in der Nacht)	0	0	0	0
Ich habe wenig Energie	0	0	0	0
Ich empfinde eine tiefe Erschöpfung	0	0	0	0
Ich brauche lange Erholungszeiten	0	0	0	0
Ich fühle mich körperlich und geistig nicht belastbar	0	0	0	0
Kognitive und psychische Symptome	0	1	2	3
Ich leide unter Gedächtnisverlust (ich habe Wortfindungsstörungen)	0	0	0	0
Ich leide unter Konzentrationsschwierigkeiten (z.B. schlechte Schulleistung)	0	0	0	0
Ich bemerke eine verminderte Gedächtnisleistung (es fühlt sich an wie Watte im Kopf)	0	0	0	0
Ich bin langsam im Denken aber auch in meinen Reaktionen	0	0	0	0
Mein Sprechtempo ist langsam	0	0	0	0
Ich habe keine Kraft mehr Dinge zu tun, die mir früher Spaß gemacht haben	0	0	0	0
Ich bin viel stressanfälliger als früher	0	0	0	0
Ich verspüre eine innere Unruhe und Nervosität, obwohl ich erschöpft bin	0	0	0	0
Ich merke, dass ich durch meine Beschwerden schnell gereizt und fahrig bin	0	0	0	0
Kälte-/Wärmeempfinden	0	1	2	3
Ich komme mit Kälte nicht gut zurecht/ich mag keine Kälte	0	0	0	0
Ich friere leicht/ich zittere leicht	0	0	0	0
Ich muss zu allen Jahreszeiten zusätzliche warme Kleidung tragen	0	0	0	0
Ich habe eine schlechte Durchblutung (z.B. weiße Finger im Winter)	0	0	0	0
Meine Hände und Füße sind meist kalt	0	0	0	0
Meine Körpertemperatur ist tendenziell niedrig	0	0	0	0
Ich schwitze nicht leicht (auch bei warmem Klima oder Sport)	0	0	0	0
Menstruation/Fruchtbarkeit	0	1	2	3
Meine Blutungen sind unregelmäßig geworden	0	0	0	0
Ich bekomme starke Blutungen	0	0	0	0
Mein PMS verschlechtert sich	0	0	0	0
Ich leide unter nachlassender Libido /sexuellem Verlangen (wegen Müdigkeit und Kraftlosigkeit)	0	0	0	0
Ich kann nicht schwanger werden	0	0	0	0
Ich habe eine oder mehrere Fehlgeburten gehabt	0	0	0	0

Gesicht	0	1	2	3
Mein Gesicht ist geschwollen oder wie aufgedunsen	0	0	0	0
Mein Gesicht ist blass	0	0	0	0
Meine Augenbrauen sind ausgedünnt (nicht durch übermäßiges Zupfen!)	0	0	0	0
Das äußere Drittel meiner Augenbrauen ist verschwunden	0	0	0	0
Ich verliere meine Wimpern	0	0	0	0
Meine Augenlider sind geschwollen	0	0	0	0
Ich habe auch Schwellungen unter meinen Augen	0	0	0	0
Ich habe Probleme mit der Nachtsicht bekommen (bes. beim Autofahren)	0	0	0	0
Ich produziere viel Nasensekret (ich muss meine Nase oft reinigen)	0	0	0	0
Die Zunge scheint geschwollen (ich habe seitliche Zahnabdrücke)	0	0	0	0
Meine Lippen erscheinen mir geschwollen	0	0	0	0
Meine Lippen sind blass	0	0	0	0
Ohren/Hören	0	1	2	3
Ich habe das Gefühl ich höre zusehends schlechter	0	0	0	0
Ich muss meine Ohren oft reinigen (ich produziere viel Ohrenschmalz)	0	0	0	0
Ich empfinde starkes Ohrenjucken	0	0	0	0
Ich höre manchmal seltsame Geräusche (summen, klingeln, pfeifen, fließendes Wasser)	0	0	0	0
Hals/Nacken/Schilddrüse	0	1	2	3
Ich habe Schwellungen am Halsbereich (vergr. Schilddrüse ist erkennbar)	0	0	0	0
Ich sehe eine Rötung der Haut im Bereich der Schilddrüse	0	0	0	0
Ich habe ein Druck- und Engegefühl im Hals	0	0	0	0
Ich habe eine Abneigung gegen enge Kleidung am Hals	0	0	0	0
Ich habe Schwierigkeiten beim Schlucken	0	0	0	0
Ich verschlucke mich häufig (auch beim Sprechen)	0	0	0	0
Ich leide oft unter einem steifen Nacken/Verspannungen im Nackenbereich	0	0	0	0
Stimme	0	1	2	3
Meine Stimme ist heiser oder schwach	0	0	0	0
Ich bin vor allem am Morgen heiser	0	0	0	0
Ich muss mich häufig räuspern	0	0	0	0
Zähne/Zahnfleisch	0	1	2	3
Ich produziere viel Zahnstein und muss meine Zähne oft reinigen	0	0	0	0
Ich habe Mundgeruch	0	0	0	0
Mein Zahnfleisch blutet leicht	0	0	0	0
Mein Zahnfleisch hat begonnen sich zurückzuziehen	0	0	0	0
Ich knirsche oft mit den Zähnen (besonders nachts)	0	0	0	0

Haut	0	1	2	3
Meine Haut fühlt sich immer kalt an (besonders meine Hände, Füße, Nase und Knie)Ich habe Mundgeruch	0	0	0	0
Ich habe trockene, raue, schuppende Haut	0	0	0	0
Meine Füße haben immer Hornhaut, egal wie viel ich creme oder wie oft ich zur Fußpflege gehe (ich habe tiefe Risse an den Fersen)	0	0	0	0
Meine Ellbogen haben besonders raue Haut	0	0	0	0
Ich bekomme an den Oberarmen einen Ausschlag (es fühlt sich an wie Griebß)	0	0	0	0
Ich bekomme leicht blaue Flecken	0	0	0	0
Meine Handinnenflächen und Fußsohlen verfärben sich gelblich				
Nägel	0	1	2	3
Ich habe brüchige, rillige Fingernägel	0	0	0	0
Meine Finger-/Zehennägel sind dick und nur schwer zu schneiden	0	0	0	0
Meine Fingernägel wachsen nur sehr langsam	0	0	0	0
Ich habe eine sehr trockene Nagelhaut	0	0	0	0
Hände	0	1	2	3
Ich habe kalte Hände	0	0	0	0
Meine Hände fühlen sich geschwollen an	0	0	0	0
Meine Hände fühlen sich wie eingeschlafen an (kribbeln)	0	0	0	0
Ich kann meine Finger sehr weit zurückbiegen	0	0	0	0
Ich habe gelbliche Handflächen	0	0	0	0
Arme	0	1	2	3
Die Haut meiner Oberarme scheint dicker geworden zu sein (wenn ich sie kneife)	0	0	0	0
Ich habe trockene, raue Haut an meinen Oberarmen	0	0	0	0
Ich bekomme kleine rote Pünktchen an meinen Oberarmen, die sich rau anfühlen	0	0	0	0
Die Haut meiner Ellenbogen ist besonders verdickt oder trocken	0	0	0	0
Beine/Füße	0	1	2	3
Meine Waden sind dick	0	0	0	0
Ich habe Schwellungen/Verdickungen besonders um die Fesseln bemerkt	0	0	0	0
Ich habe sehr trockene Haut an meinen Unterschenkeln	0	0	0	0
Meine Füße sind tendenziell kalt	0	0	0	0
Ich habe geschwollene Füße	0	0	0	0
Meine Zehennägel sind oft eingewachsen	0	0	0	0
Meine Füße werden flacher (ich bekomme Plattfüße)Ich habe gelbliche Handflächen	0	0	0	0

SCHILDDRÜSENÜBERFUNKTION/HYPERTHYREOSE

Allgemeine körperliche Beschwerden

	0	1	2	3
Ich habe Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Herzrhythmusstörungen	☐	☐	☐	☐
Ich verspüre schon bei geringer Anstrengung Herzrasen und einen schnellen Puls	☐	☐	☐	☐
Ich habe oft Herzrasen (als hätte ich zu viel Kaffee getrunken)	☐	☐	☐	☐
Ich habe häufig Kopfschmerzen/Migräne	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Tinnitus	☐	☐	☐	☐
Ich habe Allergien und Unverträglichkeiten (aber geringe Infektanfälligkeit)	☐	☐	☐	☐
Ich zittere häufig (ohne Kälteempfinden)	☐	☐	☐	☐
Ich bemerke eine allgemeine Muskelschwäche oder Muskelträgheit (besonders an Oberarmen und Oberschenkeln)	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Muskelschmerzen	☐	☐	☐	☐
Ich bin sehr verspannt	☐	☐	☐	☐
Meine Atmung ist schneller als normal; manchmal kann ich nur schwer durchatmen	☐	☐	☐	☐
Mein Blutzucker (Diabetes) hat sich verschlechtert (ich brauche mehr Insulin)	☐	☐	☐	☐
Meine Osteoporose hat sich verschlechtert	☐	☐	☐	☐

Gewicht/Verdauung/Essen/Trinken

	0	1	2	3
Ich habe in letzter Zeit stark an Gewicht verloren	☐	☐	☐	☐
Egal was und wie viel ich esse, ich nehme nur schwer zu	☐	☐	☐	☐
Ich habe tendenziell häufig Hunger oder großen Appetit	☐	☐	☐	☐
Ich habe viel Durst/ich trinke ungewöhnlich viel Wasser	☐	☐	☐	☐
Ich muss oft mit Stuhlgang zur Toilette und habe häufig Durchfälle	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter häufigen Bauchkrämpfen bzw. starken Darmbewegungen	☐	☐	☐	☐

Schlaf und Energie

	0	1	2	3
Ich kann nachts nicht richtig einschlafen oder durchschlafen, obwohl ich müde und erschöpft bin	☐	☐	☐	☐

Kognitive und psychische Symptome

	0	1	2	3
Ich bin nervös und leicht reizbar	☐	☐	☐	☐
Ich bin hyperaktiv und komme einfach nicht zur Ruhe	☐	☐	☐	☐
Ich verspüre eine innerliche Unruhe	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Stimmungsschwankungen	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich zeitweise ängstlich und depressiv	☐	☐	☐	☐
Es fällt mir schwer, mich längere Zeit zu konzentrieren	☐	☐	☐	☐

Kälte-/Wärmeempfinden	0	1	2	3
Ich schwitze leicht	0	0	0	0
Ich komme mit Hitze nicht gut zurecht/ich mag keine Hitze	0	0	0	0
Mir ist immer heiß, während alle anderen die Temperatur als angenehm oder sogar kalt empfinden	0	0	0	0
Meine Hände und Füße sind meist warm und trocken	0	0	0	0
Meine Hände zittern zeitweise	0	0	0	0
Meine Körpertemperatur ist messbar erhöht (über 37°C)	0	0	0	0

Menstruation/Fruchtbarkeit	0	1	2	3
Ich habe lange Zyklen oder meine Regel bleibt aus	0	0	0	0
Ich habe häufige oder starke Regelblutungen/Dauerblutungen	0	0	0	0
Ich habe starke Menstruationskrämpfe	0	0	0	0
Es wurden bei mir Zysten festgestellt	0	0	0	0
Es wurde PCOS (Polycystisches Ovar Syndrom) festgestellt	0	0	0	0
Ich leide unter nachlassender Libido /sexuellem Verlangen (z.B. wegen meiner Verspannungen)	0	0	0	0
Ich kann nicht schwanger werden	0	0	0	0
Ich habe eine oder mehrere Fehlgeburten gehabt	0	0	0	0

Gesicht	0	1	2	3
Mein Gesicht sieht eingefallen aus	0	0	0	0
Ich habe unreine Haut/Pickel bekommen	0	0	0	0
Meine Haut ist tendenziell fettig	0	0	0	0

Augen/Sehen	0	1	2	3
Ich verspüre einen Druck hinter den Augen	0	0	0	0
Ich habe ein Fremdkörpergefühl hinter den Augen	0	0	0	0
Meine Augen treten leicht hervor	0	0	0	0
Ich sehe bisweilen Doppelbilder	0	0	0	0
Meine Augen sind sehr lichtempfindlich, gerötet und tränen	0	0	0	0
Mein Blick ist starr geworden	0	0	0	0

Hals/Nacken/Schilddrüse	0	1	2	3
Mein Hals ist in letzter Zeit dicker geworden	0	0	0	0
Ich habe ein Engegefühl im Hals	0	0	0	0
Ich kann beim Essen oder Trinken nicht richtig schlucken	0	0	0	0

Haut	0	1	2	3
Meine Haut fühlt sich feucht und warm an	0	0	0	0
Meine Haut ist weich und dünn	0	0	0	0

Haare	0	1	2	3
Ich habe dünne, strähnige Haare bekommen	0	0	0	0
Meine Haare fetten leicht	0	0	0	0
Meine Haare fallen aus	0	0	0	0

Nägel	0	1	2	3
Ich habe brüchige, dünne und leicht reißende Fingernägel	0	0	0	0
Meine Fingernägel wachsen schnell	0	0	0	0