

# IHR WOHLBEFINDEN IST UNS WICHTIG!

Datum

Name

Um Ihr aktuelles Befinden und ihre Situation bestmöglich beurteilen zu können, bitte/n wir/jich Sie sich die Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen in Vorbereitung unseres Gespräches auszufüllen.

• Erster Tag Ihrer letzten **PERIODE**:

• **ZYKLUSLÄNGE** (Zeit zwischen den Blutungen) ist:

**BLUTUNG** ist:

nicht verändert  kürzer  länger  unregelmäßig  stärker  schwächer  bleibt aus

• Zur **VERHÜTUNG** nutzen Sie folgende Methode (haben Sie genutzt)

keine  Kondom  Pille  Andere, nämlich:

• Sofern zutreffend, welche der folgenden **Beschwerden** haben Sie zurzeit bzw. haben Sie in letzter Zeit erlebt? Kreuzen Sie bitte jede Beschwerde an und wie stark Sie betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

Nr.	Art der Beschwerde	Punktwert	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
			0	1	2	3	4
1	<b>Hitzewallungen, Schwitzen</b> (Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche, Nachtschweiß)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<b>Schlafstörungen</b> (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<b>Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Ängstlichkeit</b> (depressive, Verstimmung, Aggressivität, innere Anspannung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<b>Körperliche und geistige Erschöpfung</b> (allgemeine Leistungsminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<b>Sexualprobleme</b> (Veränderung des sexuellen Verlangens)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Harnwegsbeschwerden</b> (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger oder unwillkürlicher Harndrang)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<b>Trockenheit der Scheide</b> (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim GV)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<b>Herzbeschwerden</b> (Herzklopfen, Herzasen, Herztolpern, Blutdruckveränderungen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<b>Gelenk- und Muskelbeschwerden</b> (Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<b>Haut und Haar</b> (Haarausfall, verstärkter Haarwuchs z. B. Damenbart, trockene Haut, Falten, dünnere Haut)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<b>Gewichtsveränderungen</b> (insb. Gewichtszunahme)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<b>Weitere Veränderungen</b> (bitte nennen): <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Punktwerte aller Beschwerden gesamt:</b>							<input type="checkbox"/>

• Für welche dieser Symptome wünschen Sie sich insbesondere Linderung?  
**Bitte kreuzen Sie die Nummern entsprechend an.**

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

modifizierte Menopause Rating Scale nach Potthoff et al.  
Zentralbl Gynäkol 122 (2000) 280-288, überarbeitet durch  
Prof. Th. Römer, Prof. P.G. Oppelt, Dr. A. Fiedler Dr. I. Kiesche;  
Dr. N. Mattern