

Name: _____ Erhebungsdatum: _____ Geb.-Datum: _____

Zeitpunkt: vor Therapie unter laufender Therapie Pellets

Status: Menopause perimenopausal Periode vorhanden

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit? Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind.

Beschwerde	keine (0)	leicht (1)	mittel (2)	stark (3)	sehr stark (4)
Reizbarkeit Ungeduld, Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit Innere Unruhe, Panik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressive Verstimmung Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperl. & geistige Erschöpfung Müdigkeit, allgemeine Leistungsminderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kognitive Fähigkeiten Gedächtnisminderungen, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Träume Alpträume, keine Träume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restless legs Syndrom der ruhelosen Beine, Kribbeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexualprobleme Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trockenheit der Scheide Trockenheitsgefühl oder Brennen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwitzen Hitzewallungen, aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche, Frösteln, Nachtschweiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarveränderungen Haarausfall, fettige Haare, Locken, dünnere Haare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautveränderungen Trockene/fettige/dünnere Haut, braune Flecken, Pickel, Akne, Gesichtsbehaarung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seite 1 – Zwischensumme:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beschwerde	keine (0)	leicht (1)	mittel (2)	stark (3)	sehr stark (4)
Wassereinlagerung Geschwollener Bauch, Beine, Arme, Finger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitveränderung Heißhunger, Süßigkeitsverlangen, Appetitlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menstruationsstörungen Verkürzter/verlängerter Zyklus, unregelmäßig, starke Blutung, Zwischenblutung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovulation Unterleibsschmerzen, Brustspannen, schleimiger oder blutiger Ausfluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PMS – Premenstrual Syndrom Kopfschmerzen, Brustspannen, Stimmungsveränderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustbeschwerden Brustspannen, schmerzende Brustwarzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harnwegsbeschwerden Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenk- und Muskelbeschwerden Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheumaähnliche Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen Erhöhte Sensibilität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose Knochenmasseverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdruck Hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darmmotilitätsstörungen Verstopfung / Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewichtsveränderungen Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Subjektive Gesamtbeeinträchtigung

Skala 1 (keine) bis 10 (sehr stark)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

GESAMTPUNKTZAHL: