

# Fragebogen zu Ihren Wechseljahrsbeschwerden

## A. Stärke der Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffende Aussage an.

Ich leide unter	keine	leicht	mittel	stark
<b>Hitzewallungen, Schwitzen</b> (Aufsteigende Hitze, Schweißausbruch)				
<b>Herzbeschwerden</b> (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)				
<b>Schlafstörungen</b> (Einschlaf-, Durchschlafprobleme)				
<b>Gelenk- und Muskelbeschwerden</b> (Gelenkschmerzen, Rheuma-ähnliche Beschwerden)				
<b>Depressive Verstimmungen</b> (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)				
<b>Reizbarkeit</b> (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)				
<b>Ängstlichkeit</b> (innere Unruhe, Panik)				
<b>Körperliche und geistige Erschöpfung</b> (Minderung der Leistungsfähigkeit, der Gedächtnisleistung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)				
<b>Sexualprobleme</b> (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)				
<b>Harnwegsbeschwerden</b> Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang, Harnwegsinfektionen)				
<b>Trockenheit der Scheide</b> (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)				
<b>Brustspannen/-schmerzen</b>				

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente:


**B. Folgende Erkrankungen sind/waren bei mir bekannt:**

Bluthochdruck	
Zuckerkrankheit	
Erhöhte Fettwerte	
Lebererkrankung	
Migräne	
Osteoporose	
Herzinfarkt	
Schlaganfall	
Bildung eines Blutgerinnsels	
Brustkrebs	
Gebärmutterkrebs	
Andere Erkrankungen	

**C. Welche der folgenden Erkrankungen sind in Ihrer Familie aufgetreten?**

Brustkrebs	
Osteoporose	

**D. Zu den Lebensumständen**

Rauchen	
Sport	
Ich gehe regelmäßig zur Vorsorge-Untersuchung	

**Persönliche Angaben**

Alter	
Größe	
Gewicht	

**Bitte füllen Sie dieses Blatt für sich aus und bringen es zur Besprechung mit!**