



Sehr geehrte Patientin,

um Ihnen bei Ihrem Anliegen helfen zu können, bitte ich Sie, die folgenden Fragen zu beantworten: „Keine Frau muss Angst vor den Wechseljahren haben!“

Ihr
Harry Tschebiner

MENOPAUSE-FRAGEBOGEN							
Name:							
Geburtsdatum:							
Wie alt sind Sie?							
Wann hatten Sie die letzte Periodenblutung (Jahr/Monat)?							
Seit wann haben Sie Beschwerden?							
Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit, die Sie mit 40 Jahren noch nicht hatten?				Stärke 1-10			
Vor (A) und nach Behandlungsbeginn (B, C, D)				A	B	C	D
1. Hitzewallungen, Schweißausbrüche							
2. Schlafstörungen (Einschlaf-/Durchschlafstörungen)							
3. Stimmungsschwankungen, Depressive Verstimmung							
4. Innere Unruhe, Reizbarkeit							
5. Herzklopfen, Herzstolpern							
6. Erschöpfung (körperlich, geistig)							
7. Libidostörung (Abnahme des sexuellen Verlangens)							
8. Muskel- und Gelenkbeschwerden							
9. Trockene Schleimhäute (Augen, Nase, Scheide)							
Datum:							