

Sehr geehrte Patientin,

um Ihnen bei Ihrem Anliegen helfen zu können, bitte ich Sie, die folgenden Fragen zu beantworten, auszudrucken und zum Termin mitzubringen. Sollten Sie keinen Drucker haben, können Sie das ausgefüllte Dokument auch per Email an uns schicken.

„Keine Angst vor den Wechseljahren!“

Ihr Harry Tschebiner

| MENOPAUSE-FRAGEBOGEN | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|---|----------|----------|----------|----------|
| Name: | | | | | | | | |
| Geburtsdatum: | | | | | | | | |
| Wie alt sind Sie? | | Letzte gyn. Vorsorge? | | | | | | |
| Letzte Periodenblutung (Jahr/Monat)? | | | | | | | | |
| Seit wann haben Sie u. a. Beschwerden? | | | | | | | | |
| Welche Beschwerden, die Sie mit 40 Jahren noch nicht hatten, führen Sie zu mir? | | | | Symptomstärke 0 (keine) - 10 (maximal) | | | | |
| Beim 1. Mal Symptomstärke (0-10) in Spalte A eintragen und Zutreffendes unter 1.-10. unterstreichen. | | | | A | B | C | D | E |
| 1. Hitzewallungen, Schweißausbrüche? | | | | | | | | |
| 2. Schlafstörungen (Einschlaf- oder Durchschlaf-Störungen?) | | | | | | | | |
| 3. Stimmungsschwankungen, Depressive Verstimmung, Ängste? | | | | | | | | |
| 4. Reizbarkeit | | | | | | | | |
| 5. Herzrasen, Herzklopfen | | | | | | | | |
| 6. Erschöpfung (körperlich oder geistig) | | | | | | | | |
| 7. Libidostörung (Abnahme des sexuellen Verlangens) | | | | | | | | |
| 8. Muskel- oder Gelenkbeschwerden? | | | | | | | | |
| 9. Trockene Scheide oder Reizblase? | | | | | | | | |
| 10. Gewichtszunahme (in kg/Monate) | | | | | | | | |
| 11. Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Brainfog | | | | | | | | |
| 12. Haarausfall | | | | | | | | |
| 13. Sonstiges: | | | | | | | | |
| Hormoneinnahme (von Personal auszufüllen!) - was / wieviel? | | | | | | | | |
| Jeweiliges Datum bitte unten in die Spalte eintragen. | | | | | | | | |