

MENOPAUSE SYMPTOM - LISTE

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit?
Kreuzen Sie bitte bei jeder Beschwerde an wie stark Sie davon betroffen sind.
Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte 'keine' an.

Beschwerden

	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
• Hitzewallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweissausbrüche, Nachtschweiss).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Körperliche und geistige Erschöpfung (allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Ängstlichkeit (inner Unruhe, Panik).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Depressive Verstimmungen (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Bestätigung und Befriedigung).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Vaginale Trockenheit (Trockenheitsgefühl oder Brennen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang).....	☐	☐	☐	☐	☐
• IBS (Darmbeschwerden).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, Rheuma-ähnliche Beschwerden).....	☐	☐	☐	☐	☐
• Haut, Haare, Nägel, Augen-/Seh-Veränderungen.....	☐	☐	☐	☐	☐
• Allgem. Jucken, Brennen (Haut, Zunge, Ohren).....	☐	☐	☐	☐	☐