

FRAGEBOGEN zu Ihren Wechseljahresbeschwerden

Um Ihren persönlichen Nutzen und mögliche Risiken einer Hormontherapie beurteilen zu können, werden Sie gebeten, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

→ Bitte geben Sie diesen Fragebogen bei Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt ab!

Dieser Fragebogen ist Teil Ihrer Krankengeschichte

Datum _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Größe _____

Gewicht _____

Hormonersatztherapie

ja Seit wann? _____

Welches Präparat? _____

nein

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente:

FRAGEBOGEN zu Ihren Wechseljahresbeschwerden

Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie zutreffende Aussage an

A. Stärke der Beschwerden

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

B. Folgende Erkrankungen sind/ waren bei mir bekannt:

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Fettwerte (Hypertriglyzeridämie, Hypercholesterinämie)	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Bildung eines Blutgerinnsels (Thrombose, Embolie)	<input type="checkbox"/>
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>
Gebärmutterkrebs	<input type="checkbox"/>
Andere Krebserkrankungen Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>

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

Brustkrebs	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>

D. Zu den Lebensumständen

	ja	nein
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe regelmäßig zur Vorsorge-Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Wünsche / So soll meine Therapie aussehen
