

Fragebogen
zur Prä-, Peri- und Post-Menopause

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie "Ja" oder "Nein" ankreuzen und gegebenenfalls zusätzliche Details angeben:

Gewichtszunahme:

Nein

Ja, _____ kg, in _____ Zeitraum

am Bauch:

Ja

Nein

an der Brust:

Ja, seit _____

Nein

Kopfschmerzen:

Nein

Ja, seit _____

Muskelschmerzen:

Nein

Ja, seit _____

Knochen-/Gelenkschmerzen:

Nein

Ja, seit _____

Herzrasen/Klopfen/Stolpern/Beklemmung:

Nein

Ja, seit _____

Blutdruckerhöhung:

Nein

Ja, seit _____

Unruhe:

Nein

Ja, seit _____

Panikattacken:

Nein

Ja, seit _____

Belastbarkeit:

Gut

Schlecht, seit _____

Müdigkeit:

Nein

Ja, seit _____

Schlafstörungen:

Nein

Ja, Typ:

Einschlafprobleme

Durchschlafprobleme

Seit _____

Konzentrationsstörungen:

- Nein
- Ja, seit _____

Gedächtnisminderung:

- Nein
- Ja, seit _____

Vergesslichkeit:

- Nein
- Ja, seit _____

Nervosität:

- Nein
- Ja, seit _____

Gereiztheit:

- Nein
- Ja, seit _____

Stimmungstief/Traurigkeit/Depressivität:

- Nein
- Ja, seit _____

Hitzewallungen:

- Nein
- Ja, seit _____

Schweißausbrüche:

- Nein
- Ja, wann:
- Tagsüber
- Nachts
- Seit _____

Haarverlust:

- Nein
- Ja:
- Kopf
- Körper
- Seit _____

Damenbart:

- Nein
- Ja, seit _____

Trockene Haut/Spannungsgefühl:

- Nein
- Ja, seit _____

Juckreiz/Brennen im Intimbereich:

- Nein
- Ja, seit _____

Häufige Blasenentzündungen:

- Nein
- Ja, seit _____

Schmerzen beim Verkehr:

- Nein
- Ja, seit _____

Libido-Abnahme/Verlust:

- Nein
- Ja, seit _____

Urin-Verlust:

- Nein
- Ja, wenn:
- Lachen/Husten/Niesen/Heben
- Beim Gang zur Toilette
- Beim Aufstehen
- Seit _____

Für eine gute Beratung zusätzlich

Größe: _____

Gewicht: _____

Pass: _____

BMI: _____

Aktuell: _____

1. Regelblutung:

mit: _____ Jahren

Blutung:

Regelmäßig

Letzte Regelblutung:

Unregelmäßig

mit: _____ Jahren

Operationen: _____

Erkrankungen: _____

Medikamente (einschließlich Hormonen und Nahrungsergänzung): _____

Fragen zu Blutsverwandten

Mutter:

Lebt, Alter: _____

Vater:

Lebt, Alter: _____

Verstorben, Todesursache: _____

Verstorben, Todesursache: _____

Großeltern (mütterlicherseits):

Großmutter:

Lebt, Alter: _____

Großvater:

Lebt, Alter: _____

Verstorben, Todesursache: _____

Verstorben, Todesursache: _____

Großeltern (väterlicherseits):

Großmutter:

Lebt, Alter: _____

Großvater:

Lebt, Alter: _____

Verstorben, Todesursache: _____

Verstorben, Todesursache: _____

Geschwister:

Ja

Nein

Wenn ja:

Lebend: _____

Verstorben, Alter: _____, Todesursache: _____

Kinder:

Ja

Nein

Wenn ja:

Lebend: _____

Verstorben, Alter: _____, Todesursache: _____