

## Hormonfragebogen Frauen

Beschwerden Häufigkeit (Punkte)	Nie (0)	Selten (1)	Häufig (2)	Immer (3)
Ich leide unter Gelenk- und/oder Rückenschmerzen				
Meine Merkfähigkeit lässt nach				
Ich schwitze ohne Grund tags und/oder nachts				
Mein Schlaf ist gestört				
Ich leide unter Kopfschmerzen oder Migräne				
Meine sexuelle Lust nimmt ab				
Mein Gewicht nimmt immer weiter zu				
Ich muss nachts Wasser lassen				
Ich leide unter Trockenheit von Haut und Schleimhäuten z.B. in den Augen und der Vagina				
Ich habe zunehmenden Haarausfall				
Ich leide unter Luftnot bei körperlicher Belastung				
Ich habe Herzstolpern und Herzrasen				
Meine Lebensenergie lässt nach				
Ich habe Anfälle von Traurigkeit und Weinerlichkeit				
Ich bin meines Lebens überdrüssig				
Ich habe das Gefühl, nicht mehr so viel wert zu sein				
Ich drücke mich zunehmend vor Verantwortung				
<b>Gesamtpunktzahl</b>				

### Auswertung:

- 1-17 Punkte: noch keine sicheren Wechseljahresbeschwerden
- 18-34 Punkte: eine Behandlung sollte erfolgen
- über 34 Punkte: dringende Behandlungsbedürftigkeit

Wann hatten Sie zuletzt Ihre Menstruation? (Tage, Wochen, Jahre?) \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Operationen im Unterbauch? (Welche? Wann?) \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Fehlgeburten?      Ja      Nein

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_