



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								
<b>Name:</b>								
<b>Geburtsdatum:</b>								
<b>Wie alt sind Sie?</b>		<b>Letzte gyn. Vorsorge?</b>						
<b>Letzte Periodenblutung (Jahr/Monat)?</b>								
<b>Seit wann haben Sie u. a. Beschwerden?</b>								
<b>Welche Beschwerden, die Sie mit 40 Jahren noch nicht hatten, führen Sie zu mir?</b>				<b>Symptomstärke 0 (keine) - 10 (maximal)</b>				
<b>Zum Termin Symptomstärke (0-10) in Spalte A eintragen!</b>				<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
1. Hitzewallungen, Schweißausbrüche								
2. Schlafstörungen (Einschlaf-/Durchschlafstörungen)								
3. Stimmungsschwankungen, Depressive Verstimmung								
4. Innere Unruhe, Reizbarkeit								
5. Herzklopfen, Herzstolpern								
6. Erschöpfung (körperlich, geistig)								
7. Libidostörung (Abnahme des sexuellen Verlangens)								
8. Muskel- und Gelenkbeschwerden								
9. Trockene Scheide								
10. Sonstiges:								
<b>Jeweiliges Datum:</b>								