



Dr. med.

# SABINE EBERHARD

Vorname:  Zuname:  Geburtsdatum:  Datum:

	Nie (0)	Selten (1)	Häufig (2)	Stark (3)
Ich leide unter Gelenk-und/oder Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Schlaf ist gestört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schwitze auch ohne körperliche Belastung tagsüber und/oder nachts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beobachte eine fortschreitende Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss nachts Wasser lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Trockenheit von Haut/ Schleimhäuten (Augen/ Scheide)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Luftnot bei körperlicher Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Herzstolpern und Herzrasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beobachte einen zunehmenden Haarausfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine sexuelle Lust nimmt ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Lebensenergie lässt nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Merkfähigkeit/ Konzentration lässt nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Anfälle von Traurigkeit/ Weinerlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, weniger wert zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich drücke mich zunehmend vor Verantwortung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin meines Lebens überdrüssig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SCORE (Gesamtpunktzahl)				

## Auswertung:

**1-17 Punkte:** *Noch keine sicheren Wechseljahresbeschwerden. Behandlung als Prophylaxe empfohlen.*

**18-34 Punkte:** *Eine Behandlung sollte erfolgen.*

**über 34 Punkte:** *Dringende Behandlungsbedürftigkeit.*

Falls möglich, bitte am Computer ausfüllen und per Email zurückschicken! Vielen Dank!

