

Praxis/Klinik
(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) _____ - _____

interne Pat.-Nr. _____

Datum ____ / ____ / ____

Beschwerden	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
1. Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gelenk- und Muskelbeschwerden (Kreuz-, Gelenk-, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Starkes Schwitzen (Hitzewallungen unabhängig von Belastung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, müdes Aufwachen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Reizbarkeit (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, mißgestimmt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Nervosität (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ängstlichkeit (Panik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Körperliche Erschöpfung (Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Abnahme der Muskelkraft (Schwächegefühl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Gefühl, Zenit des Lebens ist überschritten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Abnahme der Libido (Spaß am Sex, Lust auf Sexualverkehr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fragen nur für Männer					
16. Verminderter Bartwuchs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Nachlassen der Potenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Abnahme morgendlicher Erektionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fragen nur für Frauen					
19. Haben Sie noch Ihre Periode?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein
20. Falls ja: Ist Ihre Periode regelmäßig?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein
21. Falls nein: In welchem Jahr war Ihre letzte Periode? _____					