

Menopause-Bewertungsskala*

Name der Patientin: Datum:

Beschwerden:

keine leicht mittel stark sehr stark

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Hitzewallungen, Schwitzen
(aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche) | <input type="radio"/> |
| 2. Herzbeschwerden
(Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen) | <input type="radio"/> |
| 3. Schlafstörungen
(Einschlafprobleme, Durchschlafstörungen, zu frühes Erwachen, Schlaflosigkeit) | <input type="radio"/> |
| 4. Gelenk- und Muskelbeschwerden
(Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheumähnliche Beschwerden) | <input type="radio"/> |
| 5. Depressive Verstimmungen
(Müdigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen) | <input type="radio"/> |
| 6. Reizbarkeit
(Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität) | <input type="radio"/> |
| 7. Ängstlichkeit
(innere Unruhe, Panik) | <input type="radio"/> |
| 8. Körperliche und geistige Erschöpfung
(allgemeine Leistungsminderung, verminderte Gedächtnisleistung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit) | <input type="radio"/> |
| 9. Sexualprobleme
(Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung) | <input type="radio"/> |
| 10. Harnwegsbeschwerden
(Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang) | <input type="radio"/> |
| 11. Trockenheit in der Scheide
(Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr) | <input type="radio"/> |

Ich,,
wurde von Frau Dr. / Herrn Dr.
über Nutzen und Risiken einer Hormonersatztherapie aufgeklärt.

Ich habe diese Information verstanden und hatte Gelegenheit, Rückfragen zu stellen.

In Kenntnis von Nutzen und Risiken entscheide ich mich zur Durchführung der Hormonersatztherapie.

....., den
Ort Datum

.....
Unterschrift