

Menopause Rating Scale (MRS II) zur Evaluation von Wechseljahrsbeschwerden

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit? Kreuzen Sie bitte jede Beschwerde an und wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

	keine 1	leicht 2	mittel 3	stark 4	sehr stark 5
Wallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweissausbrüche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperliche und geistige Erschöpfung (allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Dieser Fragebogen wurde evaluiert von Dr. Bernhardt, Spezialist für Bioidentische Hormontherapie, Better Aging und Longevity - c/o Gesundheitszentrum Kapf, Kapfstr. 1, CH-6020 Emmenbrücke.

Bitte senden Sie Ihre Auswertung vorab an info@biohormontherapie.ch oder bringen Sie diese zu Ihrem ersten Konsultationstermin mit.

Bitte listen Sie hier Ihre chronischen Erkrankungen (medizinische Diagnosen laut Hausarzt), sofern vorhanden:

Bitte listen Sie hier Ihre Dauermedikamente und Nutrazeptika mit Dosierungen und Einnahmeschema, sofern Sie welche einnehmen:

Hier ist Raum für Kommentare, die Sie für relevant halten:



Dieser Fragebogen wurde evaluiert von Dr. Bernhardt, Spezialist für Bioidentische Hormontherapie, Better Aging und Longevity - c/o Gesundheitszentrum Kapf, Kapfstr. 1, CH-6020 Emmenbrücke.

Bitte senden Sie Ihre Auswertung vorab an info@biohormontherapie.ch oder bringen Sie diese zu Ihrem ersten Konsultationstermin mit.