



Beschwerdefragebogen für die Frau

Datum _____

Name, Vorname _____

Körpergröße _____ Gewicht _____ BMI _____

Welche der folgenden Beschwerden treffen auf Sie zu?

Bitte geben Sie für jedes zutreffende Beschwerdebild die Intensität durch Ankreuzen eines Feldes an. Sollte das entsprechende Beschwerdebild für Sie nicht zutreffen, so wählen Sie bitte „nein/niemals“.

0 = nein/niemals 1 = gering/selten 2 = mäßig/ab und zu 3 = deutlich/regelmäßig 4 = stark/permanent

1. Energie

Konstante Erschöpfung, Energieverlust, Leistungsschwäche	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Mangelnde Energie am Morgen beim Aufstehen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verstärkte Müdigkeit, verlängerte Erholungsphasen nach Anstrengung	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zunehmende Schwäche unter Stress-Situationen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verstärkte Müdigkeit in Ausruhpasen „Pausen ermüden mehr als sie erholen“	0 - 1 - 2 - 3 - 4

2. Gedächtnisfunktionen

Konzentrationsstörungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Nachlassende Gedächtnisleistungen: Zunehmende Vergesslichkeit (Schreiben von Merktzetteln), unklares Denken	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wortfindungsstörungen, Wortverdrehungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4

3. Allgemein

Hitzewallungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Schweißausbrüche	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Kopfschmerzen / Migräne	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Niedriger Blutdruck, Kreislaufprobleme	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Hoher Blutdruck	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Stimmungsschwankungen, Depressionen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Antriebslosigkeit	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Tendenz zur Isolation, zum sozialen Rückzug	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Leicht zu irritieren, Gefühl leicht gestresst zu sein	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Reizbarkeit	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Nervosität, innere Unruhe	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Schneller Herzschlag oder Herzrasen	0 - 1 - 2 - 3 - 4



Zunehmende Angstgefühle, Panikattacken	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verminderung der Libido und der sexuellen Aktivität	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Brustspannen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Dysmenorrhoe / Schmerzen während der Periode	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zunehmende Geräuschempfindlichkeit	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Neigung zu viralen Infekten	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Heuschnupfen, Asthma	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Körperliche Alterungsprozesse: „Ich sehe älter aus als ich bin“	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Schwierigkeiten in der Ehe / Partnerschaft / Familie	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	0 - 1 - 2 - 3 - 4

4. Schlaf

Einschlafstörungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Durchschlafstörungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zu frühes Erwachen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Mangelnde Erholung auch nach längerer Schlafdauer	0 - 1 - 2 - 3 - 4

5. Gewicht und Essverhalten

Gewichtsschwankungen > 4kg in den letzten 12 Monaten	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Gewichtszunahme	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Bauchumfangszunahme	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verdauungsprobleme / Reizdarm	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verstärkter Appetit auf Salziges oder Süßes	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Heißhungerattacken	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Appetitmangel, Gewichtsverlust	0 - 1 - 2 - 3 - 4

6. Gelenke und Muskeln

Beschwerden in den Gelenken oder Muskeln	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verminderung der Muskelmasse, der Muskelkraft	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Muskelverspannungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4

7. Haut und Haare

Trockene Augen, trockene Haut	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Trockene Schleimhäute	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zunehmende Hautfältchen um den Mund und / oder um die Augen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Trockene Haare	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Haarausfall	0 - 1 - 2 - 3 - 4



Dünn werdendes Haar / schlechtere Haarstruktur	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Grau werdende Haare	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verstärkte Behaarung im Gesicht	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Nachlassende Behaarung im Genitalbereich und / oder in den Achselhöhlen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zahnfleischrückgang	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zunehmende Pigmentstörungen / Altersflecken	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Hautallergien, Urtikaria, Ekzeme	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Neigung zu „blauen Flecken“	0 - 1 - 2 - 3 - 4

- **Haben die bestehenden Beschwerden Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität?** nein ja

- Falls ja, bitte ankreuzen: 0 = keine, 10 = sehr starke Auswirkungen

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Berlin / Potsdam, den

Unterschrift Patient