

# CHECKLISTE: MENOPAUSALE SYMPTOME

Name der Patientin

---



---

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Situation.

Symptome	nicht zutreffend	wenig zutreffend	regelmäßig zutreffend	täglich zutreffend	>1x täglich zutreffend
Hitzewallungen					
Nachtschweiß					
Starkes Schwitzen mit Hitzewallungen					
Stimmungsschwankungen					
verminderte Gedächtnisleistung					
Konzentrationsstörungen					
Schlafstörungen					
Müdigkeit					
Reizbarkeit					
Unruhe/Nervosität					
Angstzustände					
Depression					
Kopfschmerzen					
Verminderte Libido					
Vaginale Trockenheit					
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr					
Inkontinenz					
Harnwegsinfekte					
Herzklopfen					
Übelkeit					
Trockene Haut					
Trockene Augen					
Gelenksschmerzen					
Unregelmäßige Menstruation					
Starke Blutungen					
Leichte Blutungen oder Schmierblutungen					
Haarausfall					
Gesichtsbehaarung					
Akne					
veränderte Körperfettverteilung					
Gewichtszunahme					

Erleben Sie darüber hinaus noch andere Symptome, welche nicht genannt wurden?

---



---

Hatten Sie eine Hysterektomie?  
Falls zutreffend, haben Sie noch Ihre Eierstöcke?

- Ja     Nein  
 Ja     Nein

Mit Empfehlung der



Karl Landsteiner Institut  
für zellorientierte Therapie  
in der Gynäkologie