



Checkliste - Ihre Symptome in der Menopause

Kreuzen Sie die entsprechende Nummer an, je nachdem wie häufig oder stark die Symptome auftreten.

① - selten/schwach ② - häufig/stark ③ - sehr häufig/sehr stark

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| ① ② ③ - Hitzewallungen | ① ② ③ - Vaginale Trockenheit |
| ① ② ③ - Schwitzen | ① ② ③ - Libidoverlust |
| ① ② ③ - Antriebslosigkeit | ① ② ③ - Haarausfall |
| ① ② ③ - Müdigkeit | ① ② ③ - Depressionen |
| ① ② ③ - Schlafstörungen | ① ② ③ - Panikattacken |
| ① ② ③ - Konzentrationsstörungen | ① ② ③ - Nervösität |
| ① ② ③ - Gedächtnisstörungen | ① ② ③ - Stimmungsschwankungen |
| ① ② ③ - Benommenheit | ① ② ③ - Kopfschmerzen |
| ① ② ③ - Schwindelgefühl | ① ② ③ - Migräne |
| ① ② ③ - Herzrasen | ① ② ③ - Muskuläre Schwäche |
| ① ② ③ - Gewichtszunahme | ① ② ③ - Gelenkschmerzen |
| ① ② ③ - Blähungen | ① ② ③ - Zahnfleischempfindlichkeit |
| ① ② ③ - Intoleranzen (LM) | ① ② ③ - Verspannungen |
| ① ② ③ - Allergien | ① ② ③ - Kribbeln der Extremitäten |

Unterschrift des Patienten: _____

Ort, Datum: _____