



Name der Patientin: _____

Datum: _____

Beschwerden:

keine leicht mittel stark sehr stark

1. Hitzewallungen, Schwitzen

(aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)

2. Herzbeschwerden

(Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, herzbeklemmungen)

3. Schlafstörungen

(Einschlafprobleme, Durchschlafstörungen zu frühes Erwachen, Schlaflosigkeit)

4. Gelenk- und Muskelbeschwerden

(Schmerzen im Bereich der Gelenke)

5. Depressive Verstimmungen

(Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)

6. Reizbarkeit

(Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)

7. Ängstlichkeit

(innere Unruhe, Panik)

8. Körperliche und geistige Erschöpfung

(allgemeine Leistungsminderung, verminderte Gedächtnisleistung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)

9. Sexualprobleme

(Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)

10. Harnwegsbeschwerden

(Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang)

11. Trockenheit der Scheide

(Trockenheitsproblem oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)



FRAUENARZTPRAXIS

Jochen Zieriacks

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 Hormon-
ersatztherapie.

Ort, Datum

Unterschrift

