

# Wechseljahre-Selbsttest\*



FRAUENARZTPRAXIS  
Dr. med. Claudia Mlynek-Luhr  
Jochen Zieriacks

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)

              

\*nach Potthoff et al. Zentralbl Gynäkol 122 (2000) 280-286





## FRAUENARZTPRAXIS

Dr. med. Claudia Mlynek-Luhr

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 Hormonersatztherapie.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

