

FB SU09 Menopause Rating Scale II

Name: _____ geboren am: _____

Telefonnummer: _____

Bogen ausgefüllt am: _____

Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.	Keine	Sehr leicht	Leicht	Mittel	Sehr stark
1. Wallungen, Schwitzen <i>(Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)</i>					
2. Herzbeschwerden <i>(Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern)</i>					
3. Schlafstörungen <i>(Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)</i>					
4. Depressive Verstimmung <i>(Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)</i>					
5. Reizbarkeit <i>(Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)</i>					
6. Ängstlichkeit <i>(innere Unruhe, Panik)</i>					
7. Körperliche und geistige Erschöpfung <i>(allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)</i>					
8. Sexualprobleme <i>(Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)</i>					
9. Harnwegsbeschwerden <i>(Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang)</i>					
10. Trockenheit der Scheide <i>(Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)</i>					
11. Gelenk- und Muskelbeschwerden <i>(Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheumaähnliche Beschwerden)</i>					
Punktezahl	0	1	2	3	4