

Wechseljahre-Sprechstunde – Menopause Rating Scale (MRS-II)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Bitte bewerten Sie die Stärke Ihrer Beschwerden in den letzten 4 Wochen.

Symptom	Keine (0)	Leicht (1)	Mittel (2)	Stark (3)	Sehr stark (4)
Hitzewallungen, Schweißausbrüche	☐	☐	☐	☐	☐
Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen)	☐	☐	☐	☐	☐
Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐	☐
Depressive Verstimmung	☐	☐	☐	☐	☐
Reizbarkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Ängstlichkeit, innere Unruhe	☐	☐	☐	☐	☐
Körperliche und geistige Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
Gelenk- oder Muskelschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Sexuelle Probleme (Libidoverlust etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Blasenbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Scheidentrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐



Zusätzliche Beschwerden

Bitte bewerten Sie folgende Beschwerden:

Symptom	Nein	Leicht	Mittel	Stark
Gewichtszunahme	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörungen / Brain Fog	☐	☐	☐	☐
Gedächtnisprobleme	☐	☐	☐	☐
Verminderte Leistungsfähigkeit	☐	☐	☐	☐
Verminderte Libido	☐	☐	☐	☐
Trockene Haut	☐	☐	☐	☐
Haarausfall	☐	☐	☐	☐

Persönliche Ziele der Behandlung

Welche Beschwerden beeinträchtigen Ihre Lebensqualität aktuell am meisten?

Welche Erwartungen haben Sie an eine Behandlung?

Wichtige Gesundheitsfragen

Gebärmutter vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Brustkrebs in der eigenen Vorgeschichte? ☐ Ja ☐ Nein

Thrombose oder Lungenembolie? ☐ Ja ☐ Nein

Lebererkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen? ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Medikamente:
