

Modifizierter ICF-gelinkter **Menopause Rating Scale (MRS, II)**

Fragebogen zum Ausfüllen für Patientinnen

Name:

Chronologisches Alter:

Gefühltes Alter:

Datum der Untersuchung:

**Liebe Patientin
Bitte füllen Sie diese Felder
eigenständig aus.**

MRS Kategorie	Symptome / ICF-Kategorie	Intensität der Symptome*					Gewünschte Symptomintensität*
		0	1	2	3	4	
 1. Wallungen, Schwitzen	Aufsteigende Hitze, Schweissausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2. Herzbeschwerden	Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 3. Schlafstörungen	Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 4. Depressive Verstimmung	Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 5. Reizbarkeit	Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 6. Ängstlichkeit	Innere Unruhe, Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Modifizierter ICF-gelinkter **Menopause Rating Scale (MRS, II)**

Fragebogen zum Ausfüllen für Patientinnen

Liebe Patientin
Bitte füllen Sie diese Felder
eigenständig aus.

MRS Kategorie	Symptome / ICF-Kategorie	Intensität der Symptome*					Gewünschte Symptomintensität*
		0	1	2	3	4	
 7. Körperliche und geistige Erschöpfung	Allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 8. Sexualprobleme	Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 9. Harnwegsbeschwerden	Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 10. Trockenheit der Scheide	Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 11. Gelenk- und Muskelbeschwerden	Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 12. Veränderungen des Gewichts**	Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 13. Kopfschmerzen**	Kopf- und Nackenschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 14. Hautveränderungen**	Schutzfunktionen der Haut, auf die Haut bezogene Empfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	