

	Punkte			
	Nie (0)	Selten (1)	Häufig (2)	Stark (3)
Ich leide unter Gelenk- und/oder Rückenschmerzen				
Ich leide unter Kopfschmerzen				
Ich schwitze auch ohne körperliche Belastung (tagsüber/nachts)				
Mein Schlaf ist gestört				
Ich muss nachts Wasserlassen				
Ich leide unter Luftnot bei körperlicher Belastung				
Ich habe Herzstolpern oder Herzrasen				
Meine Merkfähigkeit lässt nach				
Ich leide unter Trockenheit von Haut/ Schleimhäuten (Augen/ Scheide)				
Meine sexuelle Lust nimmt ab				
Meine Lebensenergie lässt nach				
Ich beobachte einen zunehmenden Haarausfall				
Ich beobachte eine fortschreitende Gewichtszunahme				
Ich habe Anfälle von Traurigkeit				
Ich drücke mich zunehmend vor Verantwortung				
Ich habe das Gefühl weniger wert zu sein				
Ich bin meines Lebens überdrüssig				

Anmerkungen:

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Ort

Datum

Unterschrift
