

## Menopause Rating Scale (MRS)

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zurzeit?

Kreuzen Sie bitte jede Beschwerde an und wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

Beschwerden	Keine	Leicht	Mittel	Stark	Sehr stark
Wallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweissausbrüche)					
Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)					
Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)					
Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)					
Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)					
Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)					
Körperliche und geistige Erschöpfung (allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)					
Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)					
Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang)					
Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)					
Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, Rheumaähnliche Beschwerden)					

Name, Vorname, Geb.datum

Datum