

FRAGEBOGEN HORMONE

Datum

Name/Vorname: _____

Geb.-datum: _____

	0 <i>nie</i>	1 <i>selten / leicht</i>	2 <i>häufig / mittel</i>	3 <i>oft / stark</i>
Gelenk- u./o. Rückenschmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachlassende Merkfähigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen nachts o. tagsüber: <i>auch ohne körp. Belastung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestörter Schlaf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnehmen der sexuellen Lust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fortschreitende Gewichtszunahme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts Wasser lassen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit Haut/Schleimhäute:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmender Haarausfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei körp. Belastung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern, Herzrasen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachlassende Lebensenergie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfälle von Traurigkeit/Weinerlichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensüberdruß:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl weniger wert zu sein:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmend Verantwortung meiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

über 18 Pkt: *Behandlung sollte erfolgen*
über 34 Pkt: *dringende Behandlungsbedürftigkeit*

Punkte gesamt _____

Bemerkungen: _____

Dosierung: _____

Östrogen: _____

Progesteron: _____

Testosteron: _____

Vit. D: _____

DHEA: _____
