

Name: _____ Datum (mm/dd/jjjj) _____/_____/_____

Greene Climacteric Scale

Dieser Fragebogen vermittelt Ihnen einen Überblick über die Symptome der Wechseljahre. So können Sie selbst feststellen, welche Beschwerden Sie haben und ob diese Ihren Alltag beeinträchtigen. Bitte geben Sie für jedes der aufgeführten Symptome an, in welchem Maße es auf Sie zutrifft.

Wichtig: Dieser Fragebogen ersetzt keinesfalls einen Arztbesuch!

SYMPTOME	Nie 0	Gelegentlich 1	Oft 2	Sehr oft 3	
1. Herzklopfen					
2. Anspannung oder Nervosität					
3. Schlafstörungen					
4. Innere Unruhe					
5. Panikattacken					
6. Konzentrationsschwierigkeiten					
7. Müdigkeit/Teilnahmslosigkeit					
8. Interesselosigkeit					
9. Niedergeschlagenheit					
10. Weinen					
11. Reizbarkeit					
12. Kreislaufstörungen					
13. Spannungsgefühl im Kopf oder Körper					
14. Kribbeln oder Taubheitsgefühl					
15. Kopfschmerzen					
16. Muskel-/Gelenkschmerzen					
17. Vermindertes Gefühl in Händen/Füßen					
18. Atembeschwerden					
19. Hitzewallungen					
20. Nächtliche Schweißausbrüche					
21. Vermindertes sexuelles Verlangen					
Ergebnis					Ins-gesamt