



Binnenkort heeft u een afspraak bij Nora Hendriks, vanwege uw overgangsklachten.

De volgende vragen gaan specifiek over uw overgangperiode en zijn noodzakelijk om haar een goed beeld te geven over uw situatie. Wij verzoeken u deze lijst, voorafgaand aan uw afspraak in te vullen. Hierdoor is er tijdens het consult meer tijd om uw verhaal verder in kaart te brengen en wellicht al een behandeling te kunnen starten. De lijst neemt ongeveer 3 minuten van uw tijd in beslag.

	Symptomen	0=vaak	1=af en toe	2=vaak	3=heel vaak
0	Stemmingswisselingen				
1	Aanvallen van hartkloppingen				
2	Gespannen, gejaagd of nerveus gevoel				
3	Slaapstoornissen				
4	Opgewonden gevoel				
5	Paniekaanvallen en/of angst gevoel				
6	Concentratieproblemen				
7	Vermoeidheid/lusteloosheid				
8	Ongeïnteresseerdheid				
9	Neerslachtig/niet gelukkig voelen				
10	Huilbuien				
11	Snel geïrriteerd				
12	Gevoel van duizeligheid/flauwvallen				
13	Gespannen gevoel in hoofd of lichaam				
14	Tintelingen of dood gevoel in huid/lichaam				
15	Hoofdpijn				
16	Spier-/gewrichtspijn				
17	Minder gevoel in handen/voeten				
18	Ademhalingsproblemen				
19	Opvliegers				
20	Nachtelijk zweten				
21	Geen zin meer in seks				
22	Droge vagina slijmvlies				
23	Pijn bij het vrijen				
24	Vaginale klachten zoals jeuk, irritatie, fluor				
25	Vocht vasthouden				
26	Gespannen borsten				
27	Urine verlies				
28	Minder zelfwaardering				
29	Vergeetachtigheid				

Heeft u nog andere klachten die niet op bovenstaande lijst vermeld staan?

.....

.....

Naam .....



Verstoren de door u ervaren klachten:

0 = niet,      1 = licht      2 = matig      3 = hevig

Uw werkefficiëntie of productiviteit			
0	1	2	3

Uw relatie met collega's			
0	1	2	3

Uw sociale activiteiten			
0	1	2	3

Uw verplichtingen thuis			
0	1	2	3

Weet u wanneer uw moeder in de overgang kwam en wanneer zij haar laatste menstruatie had?

Ja

Nee

Indien ja, welke?

.....

Naam .....