

# Gynélang Better Aging

Name.....

Ihre Körpergrösse.....Ihr Körpergewicht.....

## Allgemeines Befinden

(zutreffendes Feld ankreuzen)	nein/keine	etwas/mittel	ja/stark
Verschlechterung des körperlichen Wohlbefindens			
Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens			
Verstärktes Schwitzen am Tag			
Verstärktes Schwitzen in der Nacht			
Einschlafstörung			
Durchschlafstörung			
Verschlechterung der Konzentrationsfähigkeit			
Abnahme der Gedächtnisleistung			
Nachlassen der Tatkraft und Lust für Aktivitäten			
Gelenk- und Muskelbeschwerden			
Spürbare Abnahme der Muskelkraft			
Zunahme der Faltenbildung der Haut			
Erhöhtes Schlafbedürfnis, vermehrt müde			
Erhöhte Reizbarkeit, innere Anspannung, Unruhe			
Ängstlichkeit, Mutlosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit			
Traurigkeit, Antriebslosigkeit, depressive Stimmung			
Nachlassende Belastbarkeit			
Abnahme der Libido (Lust auf Sex)			
Vermehrt Gewichtsprobleme			
Haarausfall			
Fettiges Haar, Akne			
Trockene Haut (Hände, Gesicht)			
Trockene Augen			

## Urogynäkologische Beschwerden

(zutreffendes Feld ankreuzen)	nein	ja
Trockene Scheidenschleimhaut		
Intimbeschwerden, Brennen Juckreiz		
Häufig Blasenentzündungen		
Schmerzen beim Intimverkehr		

Verlieren Sie Urin?

- beim Husten/Niesen/Sport?
- bei starkem Harndrang?
- beim Aufstehen aus dem Sitzen?

## Geburten, gynäkologische Operationen oder Krankheiten

(zutreffendes Feld ankreuzen)	nein	ja
Haben Sie Kinder?		
Wenn ja:		
Wie oft spontan geboren?.....		
Wie oft mit Kaiserschnitt?.....		
Hatten Sie eine Entfernung der Gebärmutter?		
Hatten Sie Gebärmutterkrebs?		
Hatten Sie Brustkrebs?		

## Vorerkrankungen oder Operationen

(zutreffendes Feld ankreuzen)	nein	ja
Rheumatische Krankheiten, Muskelschmerzen		
Arthrosen/Gelenkschmerzen		
Osteoporose/evtl. Wirbel oder Hüftfrakturen		
Sind Sie kleiner geworden?		
Schlaganfall/Neurologische Krankheiten		
Thrombose und Embolien		
Herz-Kreislauf/Bluthochdruck /Herzinfarkt		
Magen/Darmerkrankungen		

Andere? Welche?

.....

.....

.....

Nehmen Sie Medikamente? Welche?

.....

.....

.....

Haben Sie familiäre Risiken?

- Osteoporose  
  Arthrose  
  Herzinfarkt  
  Alzheimer/Demenz  
 Brust- oder Eierstockkrebs in der Familie  
 Rauchen Sie?  
 Nein  
 Ja

Was erwarten Sie von einer Better Aging Prävention?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum, Unterschrift .....