**Naam:**

**Geboortedatum:**

**Datum van invullen lijst:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Symptomen** | 0=nooit | 1=af en toe | 2=vaak | 3=heel vaak |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. | Stemmingswisselingen |  |  |  |  |
| 2. | Aanvallen van hartkloppingen |  |  |  |  |
| 3. | Gespannen, gejaagd of nerveus gevoel |  |  |  |  |
| 4. | Slaapstoornissen |  |  |  |  |
| 5. | Opgewonden gevoel |  |  |  |  |
| 6. | Paniekaanvallen en/of angstgevoel |  |  |  |  |
| 7. | Concentratieproblemen |  |  |  |  |
| 8. | Vermoeidheid/lusteloosheid |  |  |  |  |
| 9. | Ongeïnteresseerdheid |  |  |  |  |
| 10. | Neerslachtig/niet gelukkig voelen |  |  |  |  |
| 11. | Huilbuien |  |  |  |  |
| 12. | Snel geïrriteerd |  |  |  |  |
| 13. | Gevoel van duizeligheid/flauwvallen |  |  |  |  |
| 14. | Gespannen gevoel in hoofd of lichaam |  |  |  |  |
| 15. | Tintelingen of dood gevoel in huid/lichaam |  |  |  |  |
| 16. | Hoofdpijn |  |  |  |  |
| 17. | Spier- en/of gewrichtspijn |  |  |  |  |
| 18. | Minder gevoel in handen/voeten |  |  |  |  |
| 19. | Ademhalingsproblemen |  |  |  |  |
| 20. | Opvliegers |  |  |  |  |
| 21. | Nachtelijk zweten |  |  |  |  |
| 22. | Geen zin meer in seks |  |  |  |  |
| 23. | Droge vagina slijmvliezen |  |  |  |  |
| 24. | Pijn bij het vrijen |  |  |  |  |
| 25. | Vaginale klachten: jeuk, afscheiding, irritatie |  |  |  |  |
| 26. | Vocht vasthouden |  |  |  |  |
| 27. | Gespannen borsten |  |  |  |  |
| 28. | Urineverlies |  |  |  |  |
| 29. | Minder zelfwaardering |  |  |  |  |
| 30. | Vergeetachtig |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 31. | Zijn er nog andere klachten die niet in de vragenlijst staan: |
|  |  |

**Familie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 32. | Is bekend op welke leeftijd uw moeder of zussen in de overgang zijn gekomen? |  |
|  | Zo ja, op welke leeftijd: |  |

**Verstoren de klachten uw:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Niet | Licht | Matig | Hevig |
| Werk efficiëntie of productiviteit |  |  |  |  |
| Sociale activiteiten |  |  |  |  |
| Verplichtingen thuis |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Gezondheid:**

|  |  |
| --- | --- |
| Roken: |  |
| Alcohol, hoe vaak, hoe veel: |  |
| Medicatie: |  |
|  |  |
| Ziekten: |  |
|  |  |