

## Fragebogen "SHE"

**Hatten Sie in den letzten vier Wochen eine der folgenden Symptome oder Beschwerden?  
Falls JA, wie häufig bzw. schwer oder intensiv/stark waren diese?**

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen für jedes der aufgeführten Beschwerden an. Falls etwas für Sie gar nicht zutrifft, z.B. wenn Sie überhaupt keine Monatsblutung haben, dann kreuzen Sie weder JA noch NEIN an, sondern KB (= keine Blutung) und lassen die anderen Kästchen leer.

Bitte kontrollieren Sie, ob Sie alle Zeilen beantwortet haben.

| Beschwerden in letzten 4 Wochen  | Code                        | Trifft für mich zu (=Ja) oder nein/niemals zu (=Nein)?    | Falls Ja, wie schwer, stark, oder intensiv? |                                 |                                 |                                      |
|--|-----------------------------|---|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
|  |                             |   | <input type="checkbox"/> gering             | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> sehr schwer |
|  | 0                           | 1   | 2   | 3                               | 4                               | 5                                    |
| 1. War depressiver Stimmung (traurig, „am Boden“, Grenze zu Tränen, Stimmungsschwankungen)                                     |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 2. War in Sorge (ängstlich, panisch)   |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 3. War ruhelos oder leicht irritierbar (nervös, innere Anspannung, zapplig, kribblig, aus der Haut fahren wegen Kleinigkeiten) |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 4. Hatte Zunahme des Appetits, manchmal Heißhunger   |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 5. Verspürte Gewichtsanstieg   |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 6. Hatte Schwellung von Armen oder Beinen (Händen, Füßen) beobachtet   |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 7. Hatte Schmerzattacken im Bauch (Unterleib)  |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 8. Hatte Krämpfe in Darm oder Blase  |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 9. Habe wiederkehrende Blutungen aus Darm oder Blase bemerkt   |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 10. Hatte starke Monatsblutung   | KB <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 11. Hatte schmerzhafte Monatsblutung   | KB <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 12. Hatte bedeutende Beschwerden vor der Monatsblutung, die sich verbesserten sobald der Blutfluß begann                       | KB <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 13. Hatte weniger sexuelle Phantasien oder Gedanken allgemein  |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 14. Hatte weniger Befriedigung oder Genuß beim Geschlechtsverkehr  |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| 15. Habe geringere sexuelle Erregbarkeit festgestellt  |                             | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |

**Danke für Ihre freundliche Mitarbeit**