

Falls Sie an der Nutzung des MRS interessiert sind, so kontaktieren Sie uns unter: info@zeg-berlin.de

Menopause Rating Scale (MRS)

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit?
Kreuzen Sie bitte jede Beschwerde an und wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

Beschwerden:

| | keine | leicht | mittel | stark | sehr stark |
|-------------|-------|--------|--------|-------|------------|
| | ----- | ----- | ----- | ----- | |
| Punktwert = | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- 1. Wallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)
- 2. Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)
- 3. Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)

[Redacted content]