

**Menopause-Bewertungsskala
Menopause Rating Scale (MRS)**

Name:

Alter:

1.	Wallungen, Schwitzen	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
2.	Herzbeschwerden	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
3.	Schlafstörungen	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
4.	Depressive Verstimmungen	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
5.	Nervosität, Reizbarkeit	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
6.	Allgemeine Leistungs-, Gedächtnisminderung	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					

7.	Störungen im Sexualleben	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
8.	Harnwegsbeschwerden Dranginkontinenz	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
9.	Trockenheit der Scheide	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
10.	Gelenk- und Muskelbeschwerden	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
11.	Subjektive Zufriedenheit	nicht gut	es geht	gut	sehr gut	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
12.	Persönl. Lebensqualität	nicht gut	es geht	gut	sehr gut	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
13.	Andere Beschwerden was:	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					

14.	Andere Beschwerden welche:	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	vor der Behandlung					
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					

Zu Nebenwirkungen der Behandlung eigene Formulierung

.....

.....

Überdosierungszeichen:

1.	Übelkeit	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
2.	Gewichtszunahme	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
3.	Brustspannen	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
4.	Allg.Schwellung, aufgedunsen sein	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
5.	Schlafstörungen	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					
6.	Befindlichkeitsstörung	keine	leichte	mittlere	starke	Datum
	8-10 Wo nach Behandlung					
	6-12 Mte nach Behandlung					

Präparat:

Dosis:

Gebärmutter vorhanden: ja nein

Spezielles der Anamnese:

.....

.....

.....

zu 1. Aufsteigende Hitze, Schweissausbrüche (Häufigkeit/Stärke pro 24 Stunden)

zu 2. Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmung

zu 3. Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Erwachen

zu 4. Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen

zu 5. Ängstlichkeit, innere Anspannung, Aggressivität

zu 6. Körperliche und geistige Erschöpfbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit

zu 7. Veränderungen des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung

zu 8. Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang

zu 9. Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

zu 10. Schmerzen vorwiegend im Bereich der Fingergelenke, rheumaähnliche Beschwerden

Fragebogen: Monopause-Gesundheitsindex (MGI)

Lebensstil

01. Mein Alter ...
- A ist grösser als 70 Jahre
 - B liegt zwischen 60 und 70 Jahren
 - C liegt zwischen 50 und 59 Jahren
 - D ist unter 50 Jahre
02. Ich habe Stress (Ärger, Frust, Zeitdruck) im Alltag, im Beruf oder in der Familie
- A trifft regelmässig zu
 - B trifft häufig zu
 - C trifft selten zu
 - D trifft nicht zu
03. Mein Körpergewicht vonkg bei einer Körpergrösse von cm ist
- A ein Übergewicht von mehr als 10 kg
 - B ein Übergewicht zwischen 5 und 10kg
 - C ein Untergewicht von mehr als 5 kg
 - D ein Übergewicht von weniger als 5 kg oder ein Normalgewicht
04. Ich treibe Sport (z.B. Radfahren, Schwimmen, Tennis, Aerobic
- A Ich treibe keinen Sport
 - B ab und zu, d.h. nicht regelmässig
 - C ein- bis zweimal in der Woche (à 15 – 30 Minuten)
 - D mehr als zweimal in der Woche (à 15 – 30 Minuten)
05. Ich trinke Alkohol (z.B. Wein, Bier, Schnaps, Likör)
- A mehr als 5 Gläser in der Woche
 - B zwischen 2 und 5 Gläsern in der Woche
 - C weniger als 2 Gläser in der Woche
 - D ich trinke keinen Alkohol
06. Ich besuche meinen Hausarzt
- A ich habe keinen Hausarzt
 - B alle 3 Monat oder häufiger
 - C seltener als einmal im Jahr
 - D mehr als einmal im Jahr
07. Ich besuche meinen Frauenarzt
- A Ich habe keinen Frauenarzt
 - B alle 3 Monate oder häufiger
 - C seltener als einmal im Jahr
 - D zur Vorsorgeuntersuchung

Anzahl der Kreuze

A B C D

Herz-Kreislauf-System

08. In meiner nahen Verwandtschaft (weiblich, männlich) sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt, Arteriosklerose (Verkalkung der Blutgefässe) oder Engegefühl in der Brust aufgetreten
- A mehr als zwei Verwandte sind/waren betroffen
 - B ein oder zwei Verwandte sind/waren betroffen
 - C ist mir nicht bekannt
 - D kein Verwandter ist/war betroffen
09. Ich selbst habe Arteriosklerose (Verkalkung der Blutgefässe) ...
- A und dabei häufig ein Engegefühl in der Brust
 - B und dabei selten ein Engegefühl in der Brust
 - C ich habe keine bekannte Arteriosklerose aber ein Engegefühl in der Brust
 - D trifft für mich nicht zu
10. Ich rauche
- A mehr als 5 Zigaretten pro Tag
 - B weniger als 5 Zigaretten pro Tag
 - C heute nicht mehr, bin aber früher Raucherin gewesen
 - D nicht
11. Meine Blutfettwerte (z.B. Cholesterinwerte) sind
- A stark erhöht (z.B. Cholesterin grösser 240 mg/dl, HDL kleiner 35 mg/dl)
 - B mässig erhöht (z.B. Cholesterin grösser 200 mg/dl bis 240 mg/dl, HDL kleiner 35 mg/dl)
 - C mir nicht bekannt
 - D normal (z.B. Cholesterin kleiner 200 mg/dl, HDL grösser 35 mg/dl)
12. Meine Blutdruckwerte sind
- A grösser 140 (1. Wert) und grösser 90 (2. Wert)
 - B grösser 90 (2. Wert)
 - C grösser 140 (1. Wert)
 - D normal (kleiner 140 (1. Wert) und kleiner 90 (2. Wert))
13. Ich bin zuckerkrank
- A und werde mit Insulin behandelt
 - B und werde mit Tabletten behandelt
 - C und werde mit einer Diät behandelt
 - D ich bin nicht zuckerkrank
14. Ich hatte / habe
- A eine Lungenembolie (Einengung der Lungengefässe durch ein Blutgerinnsel)
 - B eine Thrombose (lokale Blutgerinnung in den Blutgefässen der Arme oder Beine)
 - C Krampfadern (Erweiterung von Venen)
 - D keine dieser Erkrankungen

Anzahl der Kreuze

A B C D

Zentralnervensystem

15. In meiner nahen Verwandtschaft (weibl. männl.) ist ein Schlaganfall aufgetreten
- A mehr als zwei Verwandte sind/waren betroffen
 - B ein bis zwei Verwandte sind/waren betroffen
 - C ist mir nicht bekannt
 - D kein Verwandter ist/war betroffen
16. Ich habe eine Herzrhythmusstörung (unregelmässiger Herzschlag)
- A seit meiner Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, Herzgefässverkalkung)
 - B unbekannter Ursache
 - C seit meiner Kindheit
 - D trifft für mich nicht zu
17. Ich habe / hatte
- A eine Hirnblutung
 - B einen Schlaganfall
 - C eine vorübergehende (Dauer höchstens 24 Stunden) Erblindung bzw. Sehstörung und/oder Lähmung bzw. Gefühlsstörung der Arme, Beine oder des Gesichts (TIA = transitorische ischämische Attacke)
 - D keine dieser Erkrankungen
18. Ich bin vergesslich oder habe Erinnerungsstörungen
- A trifft regelmässig zu
 - B trifft häufig zu
 - C trifft selten zu
 - D trifft nicht zu
19. Ich leide an Migräne (anfallsartige, einseitige, lang anhaltende (Stunden bis Tage) Kopfschmerzen mit zumeist Beginn in den Morgenstunden)
- A trifft regelmässig zu
 - B trifft häufig zu
 - C trifft selten zu
 - D trifft nicht zu
20. Ich habe starke Kopfschmerzen
- A trifft regelmässig zu
 - B trifft häufig zu
 - C trifft selten zu
 - D trifft nicht zu
21. In meiner nahen Verwandtschaft (weiblich, männlich) ist eine geistige Störung mit Einschränkung des Gedächtnisses, des Denkens, der Wahrnehmung oder eine Veränderung der Persönlichkeit (z.B. Parkinson- oder Alzheimer-Erkrankung) aufgetreten.
- A mehr als zwei Verwandte sind/waren betroffen
 - B ein bis zwei Verwandte sind/waren betroffen
 - C ist mir nicht bekannt
 - D kein Verwandter ist/war betroffen

Anzahl der Kreuze

A B C D

Knochensystem

22. In meiner nahen Verwandtschaft (weiblich, männlich) ist Osteoporose (Verminderung der Knochensubstanz mit erhöhter Knochenbrüchigkeit) aufgetreten
- A mehr als zwei Verwandte sind/waren betroffen
 - B ein bis zwei Verwandte sind/waren betroffen
 - C ist mir nicht bekannt
 - D kein Verwandter ist/war betroffen
23. Ich trinke
- A Ich habe eine Unverträglichkeit gegenüber Milch und / oder Milchprodukten
 - B weniger als 2-3 mal die Woche Milch und/oder esse Käse/Joghurt/Quark
 - C regelmässig (2-3 mal die Woche) 0,5 Liter Milch und/oder esse regelmässig Käse/Joghurt/Quark
 - D täglich 0,5 Liter Milch und/oder esse täglich Käse/Joghurt/Quark
24. Ich ernähre mich von Lebensmitteln wie z.B. Fleisch/Wurst und/oder trinke zwei Gläser koffeinhaltiger Getränke wie z.B. Kaffee, Cola oder Tee
- A trifft regelmässig zu
 - B trifft häufig zu
 - C trifft selten zu
 - D trifft nicht zu
25. Ich habe
- A eine Erkrankung der Niere und/oder der Nebenniere
 - B eine Erkrankung des Magens und/oder des Darms
 - C eine Erkrankung der Schilddrüse und/oder Nebenschilddrüse
 - D keine dieser Erkrankungen
26. Ich habe Kortison als Tablette oder Spritze
- A über mehrere Jahre bekommen
 - B über mehrere Monate bis zu 1 Jahr bekommen
 - C bis zu 1 Monat bekommen
 - D nie bekommen
27. Ich habe Beruhigungs-/Schlafmittel.....
- A über mehrere Jahre eingenommen
 - B über mehrere Monate bis zu 1 Jahr eingenommen
 - C bis zu 1 Monat eingenommen
 - D nie eingenommen
28. Ich habe Blutverdünnungsmittel (Aspirin, Marcumar, Heparin)
- A über mehrere Jahre bekommen
 - B über mehrere Monate bis zu 1 Jahr bekommen
 - C bis zu 1 Monat bekommen
 - D nie bekommen

Anzahl der Kreuze

A B C D

Weibliches Organsystem

29. In meiner nahen Verwandtschaft sind Krebserkrankungen der Brust und/oder Eierstöcke aufgetreten
- A mehr als zwei Verwandte sind/waren betroffen
- B ein bis zwei Verwandte sind/waren betroffen
- C ist mir nicht bekannt
- D keine Verwandte ist/war betroffen
30. Ich selbst hatte oder habe eine Krebsvorstufe in der Brust
- A beide Brüste sind/waren betroffen
- B eine Brust ist/war betroffen
- C ist mir nicht bekannt
- D trifft für mich nicht zu
31. Ich selbst hatte oder habe eine Krebsvorstufe der Eierstöcke
- A beide Eierstöcke sind/waren betroffen
- B ein Eierstock ist/war betroffen
- C ist mir nicht bekannt
- D trifft für mich nicht zu
32. Ich selbst hatte oder habe eine Krebsvorstufe der Gebärmutter
- A der Gebärmutterhals ist/war betroffen
- B der Gebärmutterkörper ist/war betroffen
- C die obige Aussage trifft zu, eine Unterscheidung von Gebärmutterhals/Gebärmutterkörper ist mir nicht möglich
- D trifft für mich nicht zu
33. Die Anzahl meiner bis zur Geburt ausgetragenen Schwangerschaften ist...
- A gleich 0 ohne Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch
- B gleich 0 mit Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch
- C 1 oder 2
- D grösser 2
34. Ich habe gestillt
- A nie
- B weniger als 3 Monate
- C 3 bis 6 Monate
- D länger als 6 Monate
35. Ich habe meine erste und letzte Monatsblutung zu folgenden Zeiten bekommen (Hat Ihre Menopause noch nicht eingesetzt, dann wählen Sie bitte A oder B):
- A erste Monatsblutung vor dem/im 12. Lebensjahr und letzte Monatsblutung im/nach dem 52. Lebensjahr
- B erste Monatsblutung nach dem 12. Lebensjahr und letzte Monatsblutung im/nach dem 52. Lebensjahr
- C erste Monatsblutung vor dem/im 12. Lebensjahr und letzte Monatsblutung vor dem 52. Lebensjahr
- D erste Monatsblutung nach dem 12. Lebensjahr und letzte Monatsblutung vor dem 52. Lebensjahr

Anzahl der Kreuze

A B C D

Harnwegssystem

36. Es besteht bei mir ein Trockenheitsgefühl in der Scheide
 A trifft regelmässig zu
 D trifft häufig zu
 C trifft selten zu
 D trifft nicht zu
37. Ich habe eine Infektion (Pilze eingeschlossen) der Scheide
 A trifft regelmässig zu
 B trifft häufig zu
 C trifft selten zu
 D trifft nicht zu
38. Ich habe ein brennendes Gefühl beim Wasserlassen
 A trifft regelmässig zu
 B trifft häufig zu
 C trifft selten zu
 D trifft nicht zu
39. Beim Wasserlassen kommt es nur zur Entleerung kleiner Mengen Urin
 A trifft regelmässig zu
 B trifft häufig zu
 C trifft selten zu
 D trifft nicht zu
40. Beim Husten, Niesen, Lachen, Pressen, Sport oder bei starken Bewegungen verliere ich ungewollt Urin
 A trifft regelmässig zu
 B trifft häufig zu
 C trifft selten zu
 D trifft nicht zu
41. Ich spüre plötzlich einen starken Drang und muss sofort zur Toilette, sonst verliere ich ungewollt Urin
 A trifft regelmässig zu
 B trifft häufig zu
 C trifft selten zu
 D trifft nicht zu
42. Ich hatte
- | | | |
|--------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> | A eine Verletzung/Operation an den Geschlechtsorganen (z.B. im | Rahmen |
| | einer Entbindung/Entfernung von Myomen) | |
| <input type="checkbox"/> | B eine Verletzung/Operation am Enddarm oder After (z.B. im | Rahmen |
| | einer Entbindung) | |
| <input type="checkbox"/> | C eine Verletzung/Operation an den Harnwegsorganen (Harnblase, | |
| | Harnröhre) | |
| <input type="checkbox"/> | D keinen dieser Eingriffe | |

Anzahl der Kreuze

A B C D

körperliches und seelisches Wohlbefinden

43. Ich leide unter Einschlaf-/ Durchschlafstörungen
- A trifft regelmässig zu
- B trifft häufig zu
- C trifft selten zu
- D trifft nicht zu
44. Ich fühle mich nicht ausreichend belastbar und habe ein Gefühl der allgemeinen Schwäche wie Müdigkeit, Erschöpfung oder Mattigkeit auch ohne körperliche Anstrengung.
- A trifft regelmässig zu
- B trifft häufig zu
- C trifft selten zu
- D trifft nicht zu
45. Ich habe unbegründete Stimmungsschwankungen oder depressive Verstimmungen
- A trifft regelmässig zu
- B trifft häufig zu
- C trifft selten zu
- D trifft nicht zu
46. Mich belastet unbegründet eine Art innerer Unruhe
- A trifft regelmässig zu
- B trifft häufig zu
- C trifft selten zu
- D trifft nicht zu
47. Ich empfinde wenig Freude oder neige dazu, grundlos zu weinen
- A trifft regelmässig zu
- B trifft häufig zu
- C trifft selten zu
- D trifft nicht zu
48. Ich fühle mich in meinem Selbstwertgefühl verunsichert
- A trifft regelmässig zu
- B trifft häufig zu
- C trifft selten zu
- D trifft nicht zu
49. Ich leide unter ängstlichen Erwartungen oder habe nächtliche Angstgefühle
- A trifft regelmässig zu
- B trifft häufig zu
- C trifft selten zu
- D trifft nicht zu
-

Anzahl der Kreuze

A B C D

Auswertungstabelle

Anzahl der Kreuze	Lebensstil	Herz-Kreislauf-System	A=3 Punkte Zentralnervensystem	B=2 Punkte Knochensystem	C=1 Punkt weibl. Organsystem	D=0 Punkte Harnwegssystem	körperl./seel. Wohlbef.
A	X 3 =	X 3 =	X 3 =	X 3 =	X 3 =	X 3 =	X 3 =
B	X 2 =	X 2 =	X 2 =	X 2 =	X 2 =	X 2 =	X 2 =
C	X 1 =	X 1 =	X 1 =	X 1 =	X 1 =	X 1 =	X 1 =
D	X 0 = 0	X 0 = 0	X 0 = 0	X 0 = 0	X 0 = 0	X 0 = 0	X 0 = 0
Gesamt-Punktzahl							

Risikobewertung

Risikobewertung anhand der oben ermittelten Gesamtpunktzahl der Auswertungstabelle:

0 – 4 Punkte kein Risiko	5 – 9 Punkte niedriges Risiko	10 – 15 Punkte mittleres Risiko	16 – 21 Punkte hohes Risiko
-----------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Lebensstil

Herz-Kreislauf-System

Zentralnervensystem

Knochensystem

weibl. Organsystem

Harnwegssystem

Körperl./seel. Wohlbefinden

Beurteilungsbogen zum MGI-Fragebogen

1. Wie hat Ihnen der Fragebogen zum Menopausen-Gesundheits-Index (MGI) gefallen?
 - sehr gut
 - gut
 - mässig
 - wenig
 - gar nicht
2. Finden Sie den MGI-Fragebogen zu lang bzw. zu umfangreich?
 - nein
 - ja
3. Hatten Sie Schwierigkeiten beim ausfüllen des MGI-Fragebogens?
 - nein
 - ja, wenn ja warum? (mehrere Angaben möglich)
 - Ich fand die Sätze zu lang.
 - Ich habe nicht immer den Sinn der Aussage verstanden.
 - einige Begriffe waren mir unbekannt.
 - Ich habe nicht immer eine für mich passende Antwortmöglichkeit gefunden
 - Ich musste lange nachdenken, ehe ich ankreuzen konnte.
 - sonstiges
4. Sind Sie mit der Auswertung zurecht gekommen?
 - ja
 - nein, wenn nein warum? (mehrere Angaben möglich)
 - Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ermittlung des Risikos.
 - Ich verlor bei der Tabelle die Übersicht.
 - Ich habe die Zuordnung – kein/hohes Risiko – nicht verstanden
 - Ich weiss nicht, was das ermittelte Risiko aussagen soll.
 - sonstiges
5. Empfanden Sie das Ausfüllen des MGI-Fragebogens als zeitaufwändig?
 -nein
 - ja
6. Wie viel Zeit haben Sie für das Ausfüllen des MGI-Fragebogens benötigt?
 - ca.5 Minuten
 - ca. 10 Minuten
 - ca. 15 Minuten
 - mehr als 15 Minuten
7. Wie viel Zeit haben Sie für das Auswerten bzw. für die Ermittlung Ihres Risikos benötigt?
 - ca. 5 Minuten
 - ca. 10 Minuten
 - ca. 15 Minuten
 - mehr als 15 Minuten
8. Welches Teilgebiet fanden Sie persönlich das interessanteste Gebiet?
 - Lebensstil
 - Herz-Kreislauf-System
 - Zentralnervensystem
 - Knochensystem
 - weibliches Organsystem
 - Harnwegssystem
 - körperliches und seelisches Wohlbefinden

9. Welches Teilgebiet fanden Sie persönlich das uninteressanteste Gebiet?

- Lebensstil
- Herz-Kreislauf-System
- Zentralnervensystem
- Knochensystem
- weibliches Organsystem
- Harnwegssystem
- körperliches und seelisches Wohlbefinden

10. Welche der 49 Fragen hat/haben Ihnen gar nicht gefallen?

(hier bitte die Ziffer (n) eintragen)

11. Ist Ihnen durch das Begleitschreiben klar geworden, welchen Zweck der Fragebogen erfüllen soll?

- ja
- nein

12. Meinen Sie, dass man mithilfe des MGI-Fragebogens sein Risiko für bestimmte Erkrankungen gut einschätzen kann?

- ja
- nein

13. Glauben Sie, dass das von Ihnen ermittelte Risiko für eine der Erkrankungen auch wirklich Ihrem wahren Risiko entspricht?

- nein
- ja, wenn ja, für welche Erkrankungen? (mehrere Angaben möglich)

- Lebensstil (schlechter Allgemeinzustand)
- Herz-Kreislauf-System (Herzkrankungen)
- Zentralnervensystem (Gehirnerkrankungen)
- Knochensystem (Osteoporose)
- weibliches Organsystem (Krebserkrankungen)
- Harnwegssystem (Harnwegserkrankungen)
- körperliches u. seelisches Wohlbefinden (schlechtes Allgemeinbefinden)

14. Bei welchen Erkrankungen denken Sie, ist es wichtig, das persönliche Risiko zu kennen? (mehrere Angaben möglich)

- Lebensstil (schlechter Allgemeinzustand)
- Herz-Kreislauf-System (Herzkrankungen)
- Zentralnervensystem (Gehirnerkrankungen)
- Knochensystem (Osteoporose)
- weibliches Organsystem (Krebserkrankungen)
- Harnwegssystem (Harnwegserkrankungen)
- körperliches u. seelisches Wohlbefinden (schlechtes Allgemeinbefinden)

15. Würden Sie aufgrund des hier ermittelten Risikos in der nächsten Zeit einen Arzt aufsuchen?

- nein, wenn nein, warum?

.....
 ja, wenn ja, welchen Arzt?

- Hausarzt
- Frauenarzt
- sonstige