

Modifizierter ICF-gelinkter Menopause Rating Scale (MRS, II)

Fragebogen zum Ausfüllen für Patientinnen

Name:

Chronologisches Alter:

Gefühltes Alter:

Datum der Untersuchung:

Liebe Patientin
Bitte füllen Sie diese Felder
eigenständig aus.

MRS Kategorie	Symptome / ICF-Kategorie	Intensität der Symptome*					Gewünschte Symptomintensität*
		0	1	2	3	4	
 1. Wallungen, Schwitzen	Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 2. Herzbeschwerden	Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 3. Schlafstörungen	Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 4. Depressive Verstimmung	Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 5. Reizbarkeit	Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 6. Ängstlichkeit	Innere Unruhe, Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Seite 1/2

*(0 = keine, 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark, 4 = sehr stark)

ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health
© Prof. Dr. med. Petra Stute, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern

Unterstützung in Layout und Druck von  LABATEC

bitte
wenden

FB Fragebogen Hormonsprechstunde doc.738

Erstellt von	JL	Geprüft durch	SE	Freigabe durch	SE	
Erstellt am	12.02.2026	Geprüft am	12.02.2026	Freigegeben am	12.02.2026	Seite 1 von 2

Modifizierter ICF-gelinkter Menopause Rating Scale (MRS, II)

Fragebogen zum Ausfüllen für Patientinnen

Liebe Patientin
Bitte füllen Sie diese Felder
eigenständig aus.

MRS Kategorie	Symptome / ICF-Kategorie	Intensität der Symptome*					Gewünschte Symptomintensität*
		0	1	2	3	4	
 7. Körperliche und geistige Erschöpfung	Allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 8. Sexualprobleme	Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 9. Harnwegsbeschwerden	Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 10. Trockenheit der Scheide	Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 11. Gelenk- und Muskelbeschwerden	Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 12. Veränderungen des Gewichts**	Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 13. Kopfschmerzen**	Kopf- und Nackenschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
 14. Hautveränderungen**	Schutzfunktionen der Haut, auf die Haut bezogene Empfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Seite 2/2

*(0 = keine, 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark, 4 = sehr stark)

**Zusätzliche Kategorien. Nicht in der offiziellen MRS Auswertung enthalten.
© Prof. Dr. med. Petra Stute, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern

MAR220505011

Unterstützung in Layout und Druck von  LABATEC

FB Fragebogen Hormonsprechstunde doc.738

Erstellt von	JL	Geprüft durch	SE	Freigabe durch	SE	
Erstellt am	12.02.2026	Geprüft am	12.02.2026	Freigegeben am	12.02.2026	Seite 2 von 2