

MEIN PMS TAGEBUCH:

Auf meiner Homepage www.almutdorn.de finden Sie unter den Patienteninformationen ein PDF zum Thema PMS. Dieses enthält Informationen zum Prämenstruellen Syndrom, der Prämenstruellen Dysphorischen Störung und zu deren Therapiemöglichkeiten.

HINWEISE ZUR ANWENDUNG DES TAGEBUCHS:

Wie klebe ich die beiden Seiten des Tagebuchs zusammen?

Bitte drucken Sie die Seiten 3 und 4 dieses Dokumentes auf A4 Papier aus und kleben die beiden Seiten an der markierten Fläche so zusammen, dass die roten, durchlaufenden Linien sich treffen. Da beim Ausdrucken rund um das Blatt ein weißer Rand entsteht, empfehlen wir diesen an der Klebefläche abzuschneiden. So können Sie einfacher kleben.

Wie fülle ich das Tagebuch aus?

Aus den Seiten 3 und 4 dieses Dokuments setzt sich das Tegebuch zusammen. In der ersten Spalte sehen Sie die Überschrift „Zyklustag/Datum“. Der erste Zyklustag entspricht dem ersten Tag Ihrer nächsten Periode (1. Tag mit richtiger Blutung), an dem Sie mit dem Ausfüllen beginnen können.

An jedem weiteren Tag tragen Sie untereinander das Datum ein, damit Sie keinen Tag vergessen. Um später eine Diagnose stellen zu können, ist es wichtig, wirklich jeden Tag Eintragungen zu machen.

Der letzte Zyklustag ist der Tag vor Ihrer darauf folgenden Periode. Für den nächsten Zyklus drucken Sie sich die Seiten 3 und 4 erneut aus und beginnen am ersten Tag der nächsten Blutung dort mit den Eintragungen.

In den weiteren Spalten finden Sie verschiedene Symptome bzw. Beschwerden, die während eines Zyklus auftreten können. Jedes Symptom kreuzen Sie bitte täglich auf der **Skala zwischen 0 (nicht vorhanden) und 4 (extrem vorhanden)** an. Auf der ganz rechts liegenden Seite finden Sie zusätzlich die Möglichkeit, Schwierigkeiten aufgrund der genannten Symptome zu vermerken.

Welche Informationen gibt das Tagebuch mir und meinem Arzt/meinem Therapeuten?

Durch die täglichen Eintragungen kann ein Muster der Beschwerden deutlich werden, je nachdem zu welchem Zeitpunkt sie im Zyklus auftreten. Dadurch sind prämenstruelle Zusammenhänge erkennbar. Manchmal stellt man aber auch fest, dass die Symptome aufgrund anderer Lebenseinflüsse auftreten oder sogar durchgängig stark vorhanden sind.

Auf den folgenden Seiten finden Sie weitere Fragen, deren Beantwortung es Ihrer Ärztin/Arzt später erleichtern wird, Ihre Symptome und Beschwerden besser einordnen und Ihnen dann eine Behandlungsempfehlung geben zu können.

FRAGEBOGEN *bitte ausfüllen*

Auf dieser Seite finden Sie weitere Fragen, deren Beantwortung Ihrer behandelnden Ärztin/Arzt die Einschätzung Ihrer Beschwerden erleichtern kann:

Die Beschwerden bestehen bei mir seit ca. _____ Jahren.

Durch diese Beschwerden habe ich im sozialen Umfeld:

keine Probleme leichte Probleme schwere Probleme

und zwar:

im Beruf/Schule in der Familie in der Partnerschaft mit Freunden

Erläuterung: _____

Mein Menstruationszyklus ist:

regelmäßig unregelmäßig Dauer: ca. _____ Tage

Meine Menstruation dauert normalerweise _____ Tage.

Die Beschwerden beginnen ca. _____ Tage vor der Menstruation

und enden _____ Tage nach Beginn der Menstruation.

In den letzten 12 Monaten (von etwa 12 Zyklen) traten die Beschwerden

in etwa _____ Zyklen auf.

Seit die Beschwerden erstmals aufgetreten sind, ist die Symptomatik mit der Zeit:

unverändert geblieben schlechter geworden besser geworden wechselnd

Folgende Faktoren haben die Beschwerden verschlechtert:

Entbindung Stress Sonstiges _____

Durch die Einnahme der Pille werden die Beschwerden:

besser schlechter Pille hat keinen Einfluss weiß nicht

bisher keine Pille genommen

Aktuell verhüte ich durch:

Pille Spirale Kondome Sterilisation keine Verhütung

Sonstiges _____

Ich habe bereits verschiedene Möglichkeiten probiert, um die Beschwerden zu vermindern (z.B. Hormone, pfl anzliche Präparate, Vitamine, Sport, Akupunktur etc.):

Nein Ja, und zwar:

Mit welchem Erfolg? _____

Ich war wegen der beschriebenen Beschwerden irgendwann bereits in:

psychiatrischer psychotherapeutischer gynäkologischer sonstiger

Behandlung. Und zwar: Mit welchem Erfolg?

Ich war wegen anderer Probleme (z.B. Depression, Angsterkrankung) irgendwann bereits in:

psychiatrischer psychotherapeutische gynäkologischer sonstige

Bitte erläutern: _____

ZYKLUS NR. _____

DATUM _____

Skala: 0=gar nicht vorhanden
bis 4=extrem vorhanden

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
27
29
30
31
32
33
34

	Depressive Verstimmung, selbstabwertende Gedanken					Anspannung, Ängstlichkeit oder Gefühl des Aufgedrehtseins					Stimmungsschwankungen, gesteigerte Empfindlichkeit					Reizbarkeit, Wut, Ärger und vermehrte Konflikte					Interessenlosigkeit für übliche Aktivitäten					Konzentrations-schwierigkeiten					Leichte Ermüdbarkeit, Energieverlust, Antriebsmangel					Appetitveränderung, Verlangen nach speziellen Lebensmitteln				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1																																								
2																																								
3																																								
4																																								
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								
11																																								
12																																								
13																																								
14																																								
15																																								
16																																								
17																																								
18																																								
19																																								
20																																								
21																																								
22																																								
23																																								
24																																								
25																																								
26																																								
27																																								
27																																								
29																																								
30																																								
31																																								
32																																								
33																																								
34																																								

K
L
E
B
E
F
L
Ä
C
H
E

K
L
E
B
E
F
L
Ä
C
H
E

	Veränderung des Schlafens					Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, Gefühl des Überwältigtseins					Körperliche Symptome und zwar:					Andere Symptome und zwar:					Schwierigkeiten bei der Arbeit, verursacht durch die Symptome	Probleme im Familienleben, verursacht durch die Symptome	Weitere Besonderheiten, nämlich	
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4				
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
27																								
29																								
30																								
31																								
32																								
33																								
34																								