

FRAGEBOGEN FÜR DEN MANN AB 40

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Datum der Befragung: _____

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zurzeit? Geben Sie bitte an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine der genannten Beschwerden nicht haben, geben Sie bitte „keine“ an.

| | keine | leichte | mittlere | starke | sehr starke | Beschwerden = Punkte |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gelenk- und Muskelbeschwerden (Kreuz-, Gelenk-, Glieder-, Rückenschmerzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Starkes Schwitzen (unerwartete/plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen, unabhängig von Belastung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft (allgemeine Leistungsminderung; Abnahme der Aktivität, fehlende Lust, etwas zu unternehmen; Gefühl, weniger zu schaffen, zu erreichen; sich antreiben müssen, etwas zu unternehmen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Abnahme der Muskelkraft (Schwächegefühl) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Reizbarkeit (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nervosität (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht still sitzen können) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ängstlichkeit (Panik) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sich entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Verminderter Bartwuchs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nachlassen der Potenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Abnahme der Anzahl der morgendlichen Erektionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Abnahme der Libido (weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

GESAMTPUNKTZAHL _____

FRAGEBOGEN FÜR DEN MANN AB 40

AUSWERTUNG

Gesamtpunktzahl 17–26 27–36 37–49 ≥ 50 **Ab einer Gesamtpunktzahl ≥ 37 ist eine Messung des Testosteron-Spiegels empfehlenswert.**

Stärke der Beschwerden keine leichte mittlere schwere

Gesamtpunktzahl 17 bis 26

Es besteht kein Grund zur Beunruhigung. Sie haben keine ausgeprägten Beschwerden. Sobald die Symptome allerdings zunehmen, sollten Sie sich vertrauensvoll an Ihre Ärztin/Ihren Arzt wenden, um Ihre Beschwerden abklären zu lassen.

Gesamtpunktzahl 27 bis 50

Die Beschwerden sind bei Ihnen leicht, mittelstark oder stark ausgeprägt. Eine der möglichen Ursachen dafür kann ein Nachlassen der körpereigenen Testosteron-Produktion (Androgene) sein. Wenden Sie sich bitte mit dem ausgefüllten Fragebogen vertrauensvoll an Ihre Ärztin/Ihren Arzt, um Ihre Beschwerden abklären zu lassen.

Quelle: Heinemann et al.: The Aging Males' Symptoms (AMS) rating scale. Cultural and linguistic validation into English. The Aging Male 2001; 4 (1): 14–22.

BITTE NUR AUSFÜLLEN, WENN WERTE BEKANNT!

Bauchumfang (cm) _____ Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____ Blutdruck (mmHg) _____ / _____

Datum/Unterschrift des Patienten:
