

# Fragebogen für den Mann ab 40

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Datum der Befragung: \_\_\_\_\_

## Mögliche Beschwerden im Zusammenhang mit Testosteron-Mangel bei Männern

Welche der Folgenden Beschwerden haben Sie zurzeit? Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

### Körperliches Wohlbefinden

	keine 1	leichte 2	mittlere 3	starke 4	sehr starke 5	= Punkte
<b>Verschlechterung des allg. Wohlbefindens</b> (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Gelenk- und Muskelbeschwerden</b> (Kreuz-, Gelenk-, Muskel-, und Glieder- und Rückenschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Starkes Schwitzen</b> (unerwartete/plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Schlafstörungen</b> (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"/>	_____
<b>Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft</b> (allg. Lustminderung, Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen, 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"/>	_____
<b>Abnahme der Muskelkraft</b> (Schwächegefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						<b>Punktzahl</b> _____

### Psychisches Wohlbefinden

	keine 1	leichte 2	mittlere 3	starke 4	sehr starke 5	= Punkte
<b>Reizbarkeit</b> (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Nervosität</b> (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht still sitzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Ängstlichkeit</b> (Panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Depressive Verstimmung</b> (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						<b>Punktzahl</b> _____

### Sexuelles Wohlbefinden

	keine 1	leichte 2	mittlere 3	starke 4	sehr starke 5	= Punkte
<b>Gefühl, Höhepunkt des Lebens überschritten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Verminderter Bartwuchs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Nachlassen der Potenz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Abnahme der Libido</b> (weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						<b>Punktzahl</b> _____

**Auswertung:** Gesamtpunktzahl: 17-26 27-36 37-49 ≥50  
 Stärke der Beschwerden:

Gesamtpunktzahl: \_\_\_\_\_

**Ab einer Gesamtpunktzahl ≥ 37 ist ein Testosteron-Check empfehlenswert.**

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]: \_\_\_\_\_

**Ab einem Bauchumfang ≥ 102 cm ist ein Testosteron-Check empfehlenswert.**