

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"/>					
Gelenk- und Muskelbeschwerden (Kreuz-, Gelenk-, Glieder-, Rückenschmerzen)	<input type="checkbox"/>					
Starkes Schwitzen (unerwartete/plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen, unabhängig von Belastung)	<input type="checkbox"/>					
Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit)	<input type="checkbox"/>					
Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde	<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"/>					
Abnahme der Muskelkraft (Schwächegefühl)	<input type="checkbox"/>					
Reizbarkeit (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)	<input type="checkbox"/>					
Nervosität (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht still sitzen können)	<input type="checkbox"/>					
Ängstlichkeit (Panik)	<input type="checkbox"/>					
Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit)	<input type="checkbox"/>					
Sich entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht	<input type="checkbox"/>					
Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten	<input type="checkbox"/>					
Verminderter Bartwuchs	<input type="checkbox"/>					
Nachlassen der Potenz	<input type="checkbox"/>					
Abnahme der Anzahl der morgendlichen Erektionen	<input type="checkbox"/>					
Abnahme der Libido (weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr)	<input type="checkbox"/>					

GESAMTPUNKTZAHL _____

AUSWERTUNG

Gesamtpunktzahl	17–26	27–36	37–49	≥ 50	Ab einer Gesamtpunktzahl ≥ 37 ist eine Messung des Testosteron-Spiegels empfehlenswert.
Stärke der Beschwerden	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> 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)** _____ / _____