|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BESCHWERDEN:** | **keine** | **leichte** | **mittlere** | **starke** | **sehr starke** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Körperliches Wohlbefinden** |  |  |  |  |  |
| **1. Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens**  (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden) |  |  |  |  |  |
| **2. Gelenk- und Muskelbeschwerden**  (Kreuz-, Gelenk, Glieder und/oder Rückenschmerzen) |  |  |  |  |  |
| **3. Starkes Schwitzen**  (plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastungen) |  |  |  |  |  |
| **4. Schlafstörungen**  (Einschlaf- und Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit) |  |  |  |  |  |
| **5.** **Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde** |  |  |  |  |  |
| **6. Körperliche Erschöpfung, Nachlassen der Tatkraft**  (allgemeine Leistungsminderung, fehlende Unternehmungslust; Gefühl, weniger zu schaffen und zu erreichen) |  |  |  |  |  |
| **7. Abnahme der Muskelkraft, Schwächegefühl** |  |  |  |  |  |
| **Psychisches Wohlbefinden** |  |  |  |  |  |
| **8. Reizbarkeit** (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt) |  |  |  |  |  |
| **9. Nervosität** (innere Anspannung, nicht stillsitzen können) |  |  |  |  |  |
| **10. Ängstlichkeit, Panikgefühle** |  |  |  |  |  |
| **11. Depressive Verstimmung** (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit) |  |  |  |  |  |
| **12. Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht** |  |  |  |  |  |
| **Sexuelles Wohlbefinden** |  |  |  |  |  |
| **13. Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten** |  |  |  |  |  |
| **14. Verminderter Bartwuchs** |  |  |  |  |  |
| **15. Nachlassen der Potenz** |  |  |  |  |  |
| **16. Abnahme der Anzahl morgentlich Erektionen** |  |  |  |  |  |
| **17. Abnahme der Libido** (weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr) |  |  |  |  |  |

**Fragebogen zur hormonellen Gesundheit für den Mann ab 40**

**AMS (The Aging Male Rating Scale)**

Name: Datum:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gesamtpunktzahl: | | | | |
|  | 17-26 | 27-36 | 37-49 | >/= 50 |
|  |  |  |  |  |
| Stärke der Beschwerden | keine | wenig | Mittlere | schwer |
| **Ab einer Punktzahl >/= 37 ist ein Testosteroncheck empfehlenswert!**  **Ab einem Bauchumfang >/= 102 cm ist ein Testosteroncheck empfehlenswert!** | | | | |