

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 zur Zeit? Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte "keine" an.

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

Auswertung: Gesamtpunktzahl: 17 – 26 27 – 36 37 – 49 50 Gesamtpunktzahl: _____
 Stärke der Beschwerden: keine wenig mittlere schwer

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.

Patient

Geburtstag

Nr.:

Praxis/Krankenhaus (Stempel)

Erstuntersuchung Verlaufskontrolle

ohne Behandlung

unter Behandlung mit

nach Behandlung mit

nach Operation

Untersuchungsdatum:

Internationaler Prostata-Symptom-Score (S)	niemals	seltener als in 1 von 5 Fällen	seltener als in der Hälfte aller Fälle	ungefähr in der Hälfte aller Fälle	in mehr als der Hälfte aller Fälle	fast immer
	(0 Punkte)	(1 Punkt)	(2 Punkte)	(3 Punkte)	(4 Punkte)	(5 Punkte)
1. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz geleert war?	0	1	2	3	4	5
2. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie in weniger als zwei Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?	0	1	2	3	4	5
3. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und neu beginnen?	0	1	2	3	4	5
4. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?	0	1	2	3	4	5
5. Wie oft während des letzten Monats hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	0	1	2	3	4	5
6. Wie oft während des letzten Monats mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?	0	1	2	3	4	5
7. Wie oft sind Sie während des letzten Monats im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen? Maßgebend ist der Zeitraum vom Zubettgehen bis zum Aufstehen am Morgen.	niemals	einmal	zweimal	dreimal	viermal	fünfmal oder mehr
	0	1	2	3	4	5

S =

Lebensqualitätsskala (L)	ausgezeichnet	zufrieden	überwiegend zufrieden	gemischt, teils zufrieden, teils unzufrieden	unglücklich	sehr schlecht
8. Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre Symptome beim Wasserlassen zukünftig nicht mehr ändern würden?	0	1	2	3	4	5

L =

Bitte ergänzen Sie, falls vorhanden:

Maximaler Harnfluss (Q) = ml/sec

Restharn (R) = ml

Prostatavolumen (R) = ml