



## Fragebogen Testosteronmangel – Aging Males' Symptoms Rating Scale<sup>1</sup>

Name, Geburtsdatum:

Datum der Beurteilung:

**Leiden Sie an den folgenden Erkrankungen oder nehmen Sie Medikamente dagegen ein?**

Diabetes mellitus Typ 2	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Chronische Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

WIE FÜHLEN SIE SICH KÖRPERLICH?	Keine 1	Leichte 2	Mittlere 3	Starke 4	Sehr starke 5
1. Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens <small>Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gelenk- und Muskelbeschwerden <small>Kreuz-, Gelenk-, Glieder- und/oder Rückenschmerzen</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Starkes Schwitzen <small>Plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastungen</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schlafstörungen <small>Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Körperliche Erschöpfung, Nachlassen der Tatkraft <small>Allg. Leistungsmindeung, fehlende Unternehmungslust, Abnahme der Aktivität, Gefühl, weniger zu schaffen, etc.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Abnahme der Muskelkraft, Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WIE IST IHR PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN?	Keine 1	Leichte 2	Mittlere 3	Starke 4	Sehr starke 5
8. Reizbarkeit <small>Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nervosität <small>Innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ängstlichkeit <small>Panik</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depressive Verstimmung <small>Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WIE STEHT ES UM IHR SEXUELLES WOHLBEFINDEN?	Keine 1	Leichte 2	Mittlere 3	Starke 4	Sehr starke 5
13. Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Verminderter Bartwuchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nachlassen der Potenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Abnahme der Libido <small>Weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte addieren Sie einfach die Punktwerte für den Gesamtscore:**

Gesamtpunktzahl	17-26	27-36	37-49	>50
Stärke der Beschwerden	keine	wenig	mittlere	schwere

Bei mehr als 37 Punkten kann die Bestimmung des Testosteron-Serumspiegels angebracht sein

1. AMS Fragebogen zu möglichen Beschwerden im Zusammenhang mit Testosteron-Mangel bei Männern (The Agings Males' Symptoms rating scale. Cultural and linguistic validation into English: Heinemann et al., The Aging Male 2001; 4 (1): 14 - 22).