

Fragebogen zum Wohlbefinden und zum Hormonhaushalt des Mannes

Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft:

	keine	leichte	mittlere	starke	sehr starke	Punkte
	1	2	3	4	5	
Körperliches Wohlbefinden						
Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens (Subjektives Gesundheitsempfinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk- und Muskelbeschwerden (Gelenk- und Rückenschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Starkes Schwitzen (unerwartete Hitzewallungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafstörungen (Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körperliche Erschöpfung, nachlassende Tatkraft (Allgemeine Leistungsminderung, Abnahme der Aktivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abnahme der Muskelkraft (Schwächegefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychisches Wohlbefinden						
Reizbarkeit (durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervosität (innere Unruhe, innere Anspannung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sexuelles Wohlbefinden

Gefühl, Höhepunkt des Lebens
ist überschritten

Verminderter Bartwuchs

Nachlassen der Potenz

Abnahme der Anzahl
morgendlicher Erektionen

Abnahme der Libido
(sexuelles Interesse)

Gesamtpunktzahl: _____

Auswertung:

Gesamtpunktzahl	17 - 26	27 - 36	37 - 49	>50
Stärke der Beschwerden	keine	wenig	mittel	schwer