



Beschwerdefragebogen für den Mann

Name, Vorname _____

Körpergröße _____ Gewicht _____ BMI _____

Welche der folgenden Beschwerden treffen auf Sie zu?

Bitte geben Sie für jedes zutreffende Beschwerdebild die Intensität durch Ankreuzen eines Feldes an. Sollte das entsprechende Beschwerdebild für Sie nicht zutreffen, so wählen Sie bitte „nein/niemals“.

0 = nein/niemals 1 = gering/selten 2 = mäßig/ab und zu 3 = deutlich/regelmäßig 4 = stark/permanent

1. Energie

Konstante Erschöpfung, Energieverlust, Leistungsschwäche	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Mangelnde Energie am Morgen beim Aufstehen	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Verstärkte Müdigkeit, verlängerte Erholungsphasen nach Anstrengung	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Zunehmende Schwäche unter Stress-Situationen	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Verstärkte Müdigkeit in Ausruhpasen „Pausen ermüden mehr als sie erholen“	0	-	1	-	2	-	3	-	4

2. Gedächtnisfunktionen

Konzentrationsstörungen	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Nachlassende Gedächtnisleistungen: Zunehmende Vergesslichkeit	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Wortfindungsstörungen, Wortverdrehungen	0	-	1	-	2	-	3	-	4

3. Allgemein

Verminderung der Libido	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Verminderung der Potenz	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Verminderung der Häufigkeit morgendlicher Erektionen	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Nächtliches Schwitzen, Hitzegefühle	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Stimmungsschwankungen, Depressionen	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Antriebslosigkeit	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Tendenz zur Isolation, zum sozialen Rückzug	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Leicht zu irritieren, Gefühl leicht gestresst zu sein	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Reizbarkeit	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Nervosität, innere Unruhe	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Schneller Herzschlag oder Herzrasen	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Zunehmende Angstgefühle, Panikattacken	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Kopfschmerzen / Migräne	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Niedriger Blutdruck, Kreislaufprobleme	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Hoher Blutdruck	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Zunehmende Geräuschempfindlichkeit	0	-	1	-	2	-	3	-	4
Zunehmende Neigung zu viralen Infekten	0	-	1	-	2	-	3	-	4



Heuschnupfen, Asthma	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Körperliche Alterungsprozesse: „Ich sehe älter aus als ich bin“	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Schwierigkeiten in der Ehe / Partnerschaft / Familie	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	0 - 1 - 2 - 3 - 4

4. Schlaf

Einschlafstörungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Durchschlafstörungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zu frühes Erwachen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Mangelnde Erholung auch nach längerer Schlafdauer	0 - 1 - 2 - 3 - 4

5. Gewicht und Essverhalten

Gewichtsschwankungen > 4kg in den letzten 12 Monaten	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verdauungsprobleme / Reizdarm	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verstärkter Appetit auf Salziges oder Süßes	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Heißhungerattacken	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Appetitmangel, Gewichtsverlust	0 - 1 - 2 - 3 - 4

6. Gelenke und Muskeln

Beschwerden in den Gelenken oder Muskeln	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verminderung der Muskelmasse, der Muskelkraft	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Muskelverspannungen	0 - 1 - 2 - 3 - 4

• Haut und Haare

Trockene Haut und Schleimhäute, trockene Augen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Verminderung des Bartwachstums	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Dünn werdendes Haar / schlechtere Haarstruktur	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Grau werdende Haare	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Haarausfall	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zahnfleischrückgang	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Zunehmende Pigmentstörungen / Altersflecken	0 - 1 - 2 - 3 - 4

Haben die bestehenden Beschwerden Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität?

nein ja

- Falls ja, bitte ankreuzen: 0 = keine, 10 = sehr starke Auswirkungen

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Berlin / Potsdam, den

Unterschrift Patient