

# AMS-FRAGEBOGEN (The Aging Males' Symptoms rating scale<sup>1</sup>)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Datum der Befragung: \_\_\_\_\_

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zurzeit? Geben Sie bitte an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine der genannten Beschwerden nicht haben, geben Sie bitte „keine“ an.

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

**GESAMTPUNKTZAHL** \_\_\_\_\_

Körperliches Wohlbefinden

Psychisches Wohlbefinden

Sexuelles Wohlbefinden