



# Patientenfragebogen Andrologie

## Sehr geehrter Patient,

der folgende Fragebogen hilft uns, Risiken im Zusammenhang mit der ungewollten Kinderlosigkeit zu erkennen. Wir bitten Sie um eine möglichst genaue Beantwortung dieser Fragen und – so möglich – Befunde z.B. zu bekannten Erkrankungen, Risiken oder bereits durchgeführten Untersuchungen Ihres Urologen/Onkologen zu Ihrem Arztgespräch mitzubringen.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

1. Sind Sie verheiratet?

ja  nein

Wenn ja, seit \_\_\_\_\_

Wenn nein, besteht eine feste Partnerschaft?

ja  nein

Wenn ja, seit \_\_\_\_\_

2. Haben Sie bereits Kinder?

ja  nein

Wenn ja:

Geburtsjahr	Besonderheiten/Name des Kindes

3. Wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ kg

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm

4. Haben Sie Allergien?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Trinken Sie Alkohol?

nie/selten

bei Feiern/gelegentlich

regelmäßig

6. Rauchen Sie?

ja

nein

Wenn ja: \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

7. Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland?

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

8. Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?

nein

Kälte

Hitze

Gase/Aerosole

Stäube

körperl. Belastung

Chemikalien

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?  
\_\_\_\_\_

9. Wurden Sie schon einmal sterilisiert ?

ja  nein

Wenn ja, wann ? \_\_\_\_\_

10. Sind Ihnen Probleme bei der Erektion aufgefallen?

ja  nein

11. Sind Ihnen Probleme bei der Ejakulation aufgefallen?

ja  nein

12. Haben Sie **aktuell** Erkrankungen?

ja  nein



Wenn ja, welche?

Erkrankung	Seit wann?

13. Haben Sie **vorangegangene** Erkrankungen?

Erkrankung	Von wann bis wann?

14. Nehmen Sie Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja, welche/welche Dosierung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Ist bei Ihnen eine Operation, die den Hoden beeinträchtigen könnte, geplant oder gewesen ?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Geplantes Datum \_\_\_\_\_

16. Ist bei Ihnen eine medikamentöse Therapie geplant oder durchgeführt worden (z.B. eine Chemotherapie)?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Zeitraum \_\_\_\_\_

17. Ist bei Ihnen eine Strahlentherapie geplant oder erfolgt?

ja  nein

Zeitraum: \_\_\_\_\_

18. Ist bei Ihnen eine HIV- oder Hepatitisinfektion bekannt ?

ja  nein

19. Sind bei Ihnen/in Ihrer Familie genetische Erkrankungen bekannt ?

ja  nein

## Anmerkungen von Ihrer Seite

Gibt es dringende Fragen oder Anmerkungen, die Sie bisher nicht stellen konnten, dann haben Sie hier die Möglichkeit diese aufzuschreiben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich diesen Bogen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt habe

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## AMS-Fragebogen

(The Aging Males' Symptoms rating scale)

zur Erfassung der Testosteron-Mangel-Beschwerden<sup>1</sup>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Datum der Befragung

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beschwerden, die Sie zur Zeit haben und wurden auf der Basis eines internationalen Standards erstellt. Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

Ihr Arzt wird Ihre Antworten gemeinsam mit Ihnen besprechen. Sie werden ihm helfen, die richtige Diagnose zu stellen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

	keine 1	leichte 2	mittlere 3	starke 4	sehr starke 5	Punkte =
<b>Körperliches Wohlbefinden</b>						
<b>1. Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens</b> (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>2. Gelenk- und Muskelbeschwerden</b> (Kreuz-, Gelenk-, Glieder- und/oder Rückenschmerzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>3. Starkes Schwitzen</b> (plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>4. Schlafstörungen</b> (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>5. Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>6. Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft</b> (allgemeine Leistungsminderung, fehlende Unternehmungslust; Gefühl weniger zu schaffen, zu erreichen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>7. Abnahme der Muskelkraft, Schwächegefühl</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Psychisches Wohlbefinden</b>						
<b>8. Reizbarkeit</b> (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>9. Nervosität</b> (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht Stillsitzen können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>10. Ängstlichkeit, Panikgefühle</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>11. Depressive Verstimmung</b> (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>12. Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Sexuelles Wohlbefinden</b>						
<b>13. Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>14. Verminderter Bartwuchs</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>15. Nachlassen der Potenz</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>16. Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>17. Abnahme der Libido</b> (weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Gesamt:

### Auswertung:

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

<sup>1</sup>Hinweis für den Arzt: Bei diesen Fragen handelt es sich um den AMS-Fragebogen zu möglichen Beschwerden im Zusammenhang mit Testosteron-Mangel bei Männern (The Aging Males' Symptoms rating scale. Cultural and linguistic validation into English; Heinemann et al., The Aging Male 2001; 4 (1): 14–22).

**Bei einem Ergebnis von mehr als 37 Punkten ist ein Testosteron-Check empfehlenswert.**



Der IIEF-EF-Fragebogen zur Qualität der erektilen Funktion<sup>1</sup>

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datum der Befragung

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Erektionsstörungen hinsichtlich Ihres Sexuallebens in den letzten sechs Monaten und wurden auf der Basis internationaler Standards erstellt. Lassen Sie bitte keine Frage aus. Jede Frage lässt nur eine Antwort zu.

Ihr Arzt wird Ihre Antworten mit Ihnen gemeinsam besprechen. So helfen Sie ihm, die richtige Diagnose zu stellen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

1. Wie oft waren Sie in der Lage, während sexueller Aktivität eine Erektion zu bekommen?

- Fast nie/nie ... 1
Gelegentlich (< 50 %) ... 2
Öfter (ca. 50 %) ... 3
Meistens (> 50 %) ... 4
Fast immer/immer ... 5

4. Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?

- Fast nie/nie ... 1
Gelegentlich (< 50 %) ... 2
Öfter (ca. 50 %) ... 3
Meistens (> 50 %) ... 4
Fast immer/immer ... 5

2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug, um in Ihre Partnerin einzudringen?

- Fast nie/nie ... 1
Gelegentlich (< 50 %) ... 2
Öfter (ca. 50 %) ... 3
Meistens (> 50 %) ... 4
Fast immer/immer ... 5

5. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr, Ihre Erektion bis zum Abschluss des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?

- Extrem schwierig ... 1
Sehr schwierig ... 2
Schwierig ... 3
Nicht sehr schwierig ... 4
Kein Problem ... 5

3. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft waren Sie in der Lage, in Ihre Partnerin einzudringen?

- Fast nie/nie ... 1
Gelegentlich (< 50 %) ... 2
Öfter (ca. 50 %) ... 3
Meistens (> 50 %) ... 4
Fast immer/immer ... 5

6. Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu halten?

- Sehr gering ... 1
Gering ... 2
Mäßig ... 3
Stark ... 4
Sehr stark ... 5

Auswertung:

Table with 6 columns: Gesamtpunktzahl, 6-10, 11-16, 17-21, 22-25, 26-30. Rows: Stärke der Beschwerden, schwere Erektionsstörung, mäßige Erektionsstörung, leichte bis mäßige Erektionsstörung, leichte Erektionsstörung, Keine Erektionsstörung.

1 Hinweis für den Arzt:

Bei diesen Fragen handelt es sich um den IIEF-EF-Domain-Fragebogen zur Qualität der erektilen Funktion (EF) auf der Basis des IIEF (International Index of Erectile Function; Rosen RC et al., Urology 1997; 49: 822-830)

Bei einem Ergebnis von weniger als 26 Punkten liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Erektionsstörung vor.