

FRAGEBOGEN MÄNNERGESUNDHEIT

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

		keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
	Punktwert	1	2	3	4	5
Körperliches Wohlbefinden						
1	Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)					
2	Gelenk- und Muskelbeschwerden (Kreuz-, Gelenk-, Glieder- und/oder Rückenschmerzen)					
3	Starkes Schwitzen (plötzliche Schweissausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastungen)					
4	Schlafstörungen (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit)					
5	Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde					
6	Körperliche Erschöpfung, Nachlassen der Tatkraft (allgemeine Leistungsminderung, fehlende Unternehmungslust; Gefühl, weniger zu schaffen und zu erreichen)					
7	Abnahme der Muskelkraft, Schwächegefühl					
Psychisches Wohlbefinden						
8	Reizbarkeit (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)					
9	Nervosität (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht Stillsitzen können)					

Bitte wenden!

10	Ängstlichkeit, Panikgefühle					
11	Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit)					
12	Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht					
Sexuelles Wohlbefinden						
13	Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten					
14	Verminderter Bartwuchs					
15	Nachlassen der Potenz					
16	Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen					
17	Abnahme der Libido (weniger Freude an der Sexualität, kaum Lust auf Sexualverkehr)					

Sie können diesen Fragebogen alle 6 bis 12 Monate wiederholen und damit beobachten, ob und was sich gegebenenfalls bei Ihnen verändert hat. Diese Selbstbeurteilung kann zusätzlich als Verlaufskontrolle dienen. Nehmen Sie das ausgefüllte Blatt zu Ihrer nächsten Konsultation bei Ihrem Naturheilpraktiker oder Arzt Ihres Vertrauens mit.

Name:	
Strasse:	
PLZ / Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Datum:	