

Fragebogen zur sexuellen Gesundheit beim Mann - IIEF

Diese Fragen beziehen sich auf die Auswirkungen, die Ihre Erektionsprobleme auf Ihr Sexuelleben während der letzten 4 Wochen hatten. Bitte beantworten Sie diese Fragen so offen und eindeutig wie möglich. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie ein Kästchen ankreuzen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, wie Sie antworten sollen, geben Sie bitte die bestmögliche Antwort. Bei der Beantwortung dieser Fragen gelten folgende Definitionen:

- * **Geschlechtsverkehr** ist definiert als vaginale Penetration der Partnerin (Eindringen in die Partnerin)
- ** **Sexuelle Aktivität** beinhaltet Geschlechtsverkehr, Zärtlichkeiten, Vorspiel und Masturbation (Selbstbefriedigung)
- *** **Samenerguss** ist definiert als der Ausstoß von Samen aus dem Penis (oder die Empfindung dessen)
- **** **Sexuelle Stimulation** beinhaltet Situationen wie Liebesspiele mit der Partnerin, Betrachten erotischer Bilder usw.

1. Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen in der Lage, während sexueller Aktivität** eine Erektion zu bekommen?

Keine sexuelle Aktivität	<input type="checkbox"/> (0)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (3)
Fast immer oder immer	<input type="checkbox"/> (5)	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (2)
Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (4)	Fast nie oder nie	<input type="checkbox"/> (1)

2. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen bei sexueller Stimulation**** Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?

Keine sexuelle Stimulation	<input type="checkbox"/> (0)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (3)
Fast immer oder immer	<input type="checkbox"/> (5)	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (2)
Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (4)	Fast nie oder nie	<input type="checkbox"/> (1)

Die nächsten 3 Fragen beziehen sich auf die Erektionen, die Sie möglicherweise während des Geschlechtsverkehrs* gehabt haben.

3. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen versuchten, Geschlechtsverkehr* zu haben, wie oft waren Sie in der Lage, Ihre Partnerin zu penetrieren (in sie einzudringen)?

Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	<input type="checkbox"/> (0)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (3)
Fast immer oder immer	<input type="checkbox"/> (5)	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (2)
Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (4)	Fast nie oder nie	<input type="checkbox"/> (1)

4. Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen beim Geschlechtsverkehr* in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin penetriert hatten (in sie eingedrungen waren)?

Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	<input type="checkbox"/> (0)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (3)
Fast immer oder immer	<input type="checkbox"/> (5)	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (2)
Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (4)	Fast nie oder nie	<input type="checkbox"/> (1)

5. Wie schwierig war es während der letzten 4 Wochen beim Geschlechtsverkehr* Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?

Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	<input type="checkbox"/> (0)	Schwierig	<input type="checkbox"/> (3)
Äußerst schwierig	<input type="checkbox"/> (1)	Ein bisschen schwierig	<input type="checkbox"/> (4)
Sehr schwierig	<input type="checkbox"/> (2)	Nicht schwierig	<input type="checkbox"/> (5)

6. Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen versucht, Geschlechtsverkehr* zu haben?

Keine Versuche	<input type="checkbox"/> (0)	3 -4 Versuche	<input type="checkbox"/> (2)	7 – 10 Versuche	<input type="checkbox"/> (4)
1 – 2 Versuche	<input type="checkbox"/> (1)	5 – 6 Versuche	<input type="checkbox"/> (3)	11 + Versuche	<input type="checkbox"/> (5)

7. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen versuchten, Geschlechtsverkehr* zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	<input type="checkbox"/> (0)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (3)
Fast immer oder immer	<input type="checkbox"/> (5)	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (2)
Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (4)	Fast nie oder nie	<input type="checkbox"/> (1)

8. Wie sehr haben Sie während der letzten 4 Wochen den Geschlechtsverkehr* genossen?

Kein Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> (0)	Ziemlich	<input type="checkbox"/> (3)
Außerordentlich	<input type="checkbox"/> (5)	Nicht sehr	<input type="checkbox"/> (2)
Sehr	<input type="checkbox"/> (4)	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> (1)

9. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen sexuell stimuliert** wurden oder Geschlechtsverkehr* hatten, wie oft hatten Sie einen Samenerguss***?**

Keine sexuelle Stimulation oder keinen Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> (0)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (3)
Fast immer oder immer	<input type="checkbox"/> (5)	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (2)
Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (4)	Fast nie oder nie	<input type="checkbox"/> (1)

10. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen sexuell stimuliert** wurden oder Geschlechtsverkehr* hatten, wie oft hatten Sie das Gefühl eines Orgasmus mit oder ohne Samenerguss?**

Keine sexuelle Stimulation oder keinen Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> (0)	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (3)
Fast immer oder immer	<input type="checkbox"/> (5)	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (2)
Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (4)	Fast nie oder nie	<input type="checkbox"/> (1)

Die nächsten 2 Fragen beziehen sich auf sexuelles Verlangen. Sexuelles Verlangen soll als Gefühl definiert werden, das den Wunsch nach einem sexuellen Erlebnis (z.B. Masturbation oder Geschlechtsverkehr*), den Gedanken an Sex oder die Frustration über den Mangel an Sex beinhalten kann.

11. Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen sexuelles Verlangen verspürt?

Fast immer oder immer	<input type="checkbox"/> (5)	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (2)
Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (4)	Fast nie oder nie	<input type="checkbox"/> (1)
Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/> (3)		

12. Wie würden Sie den Grad Ihres sexuellen Verlangens während der letzten 4 Wochen einschätzen?

Sehr hoch	<input type="checkbox"/> (5)	Niedrig	<input type="checkbox"/> (2)
Hoch	<input type="checkbox"/> (4)	Sehr niedrig oder nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> (1)
Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> (3)		

13. Wie zufrieden waren Sie während der letzten 4 Wochen mit Ihrem Sexualleben insgesamt?

Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> (5)	In Maßen unzufrieden	<input type="checkbox"/> (2)
In Maßen zufrieden	<input type="checkbox"/> (4)	Sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/> (1)
Etwa gleich zufrieden wie unzufrieden	<input type="checkbox"/> (3)		

14. Wie zufrieden waren Sie während der letzten 4 Wochen mit der sexuellen Beziehung zu Ihrer Partnerin?

Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> (5)	In Maßen unzufrieden	<input type="checkbox"/> (2)
In Maßen zufrieden	<input type="checkbox"/> (4)	Sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/> (1)
Etwa gleich zufrieden wie unzufrieden	<input type="checkbox"/> (3)		

15. Wie würden Sie während der letzten 4 Wochen Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu halten?

Sehr hoch	<input type="checkbox"/> (5)	Niedrig	<input type="checkbox"/> (2)
Hoch	<input type="checkbox"/> (4)	Sehr niedrig oder nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> (1)
Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> (3)		

Nach Beantwortung aller Fragen, addieren Sie bitte die neben den von Ihnen markierten Kästchen in Klammern angegebene Punkte.

Gesamtpunktzahl: _____