



# IIEF-EF-DOMAIN-FRAGEBOGEN

DATUM \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Lieber Patient,

herzlich willkommen in unsere Ordination. Das vertrauensvolle Gespräch mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin dient dazu, Ihre Krankengeschichte und Ihre aktuellen Beschwerden zu erörtern. Dazu möchten wir Ihnen vorab mit unserem IIEF-EF-Domain-Fragebogen (International Index of Erectile Function) einige Fragen zu Ihrer Erektionsfähigkeit stellen. Diese beziehen sich auf mögliche Erektionsstörungen in den letzten vier Wochen und wurden auf der Basis internationaler Standards erstellt. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die für Sie zutreffende Antwort an. Natürlich sind die Fragen intim, aber seien Sie entspannt: Sie beantworten diese Fragen ganz in Ruhe. In unserer Ordination ist es ganz natürlich über das Thema zu sprechen. Wir tun es regelmäßig und vor allem wissen wir, welche Behandlungsmaßnahmen abzuleiten sind.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

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

Keine sexuelle Aktivität	0	<input type="checkbox"/>
Fast nie/nie	1	<input type="checkbox"/>
Einige Male (viel weniger als 50%)	2	<input type="checkbox"/>
Manchmal (etwa 50%)	3	<input type="checkbox"/>
Meistens (viel mehr als 50%)	4	<input type="checkbox"/>
Fast immer/immer	5	<input type="checkbox"/>

2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?

Keine sexuelle Aktivität	0	<input type="checkbox"/>
Fast nie/nie	1	<input type="checkbox"/>
Einige Male (viel weniger als 50%)	2	<input type="checkbox"/>
Manchmal (etwa 50%)	3	<input type="checkbox"/>
Meistens (viel mehr als 50%)	4	<input type="checkbox"/>
Fast immer/immer	5	<input type="checkbox"/>

3. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft waren Sie in der Lage, in Ihre(n) Partner(in) einzudringen?

Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0	<input type="checkbox"/>
Fast nie/nie	1	<input type="checkbox"/>
Einige Male (viel weniger als 50%)	2	<input type="checkbox"/>
Manchmal (etwa 50%)	3	<input type="checkbox"/>
Meistens (viel mehr als 50%)	4	<input type="checkbox"/>
Fast immer/immer	5	<input type="checkbox"/>

4. Wie oft konnten Sie beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion aufrecht erhalten, nachdem Sie in Ihre(n) Partner(in) eingedrungen waren?

Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0	<input type="checkbox"/>
Fast nie/nie	1	<input type="checkbox"/>
Einige Male (viel weniger als 50%)	2	<input type="checkbox"/>
Manchmal (etwa 50%)	3	<input type="checkbox"/>
Meistens (viel mehr als 50%)	4	<input type="checkbox"/>
Fast immer/immer	5	<input type="checkbox"/>

5. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?

Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0	<input type="checkbox"/>
Extrem schwierig	1	<input type="checkbox"/>
Sehr schwierig	2	<input type="checkbox"/>
Schwierig	3	<input type="checkbox"/>
Etwas schwierig	4	<input type="checkbox"/>
Nicht schwierig	5	<input type="checkbox"/>

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

Sehr gering	1	<input type="checkbox"/>
Gering	2	<input type="checkbox"/>
Mittelmäßig	3	<input type="checkbox"/>
Hoch	4	<input type="checkbox"/>
Sehr hoch	5	<input type="checkbox"/>

GESAMTPUNKTZAHL