

Klinik für Urologie, Universitätsmedizin Mannheim, 68135 Mannheim

Bei Erektionsstörungen gibt es eine Reihe unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten. Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns helfen herauszufinden, ob Sie an Erektionsstörungen leiden. Zu jeder Frage gibt es mehrere Antwortmöglichkeiten. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrer eigenen Situation am ehesten entspricht.

**1. Wie schätzen Sie Ihre Chancen ein, eine Erektion zu bekommen und aufrechterhalten zu können?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht | 0 |
| <input type="checkbox"/> sehr niedrig                                | 1 |
| <input type="checkbox"/> niedrig                                     | 2 |
| <input type="checkbox"/> mittelmäßig                                 | 3 |
| <input type="checkbox"/> hoch  | 4 |
| <input type="checkbox"/> sehr hoch                                   | 5 |

**2. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr, die Erektion bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?**

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

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

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

**4. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?**

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

**5. Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, die Erektion aufrechtzuerhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?**

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

Punktzahl aus 1-5: \_\_\_\_\_