



International Index of Erectile Function (IIEF)

Sie haben schon einen Termin in der Sprechstunde zum Thema Erektionsstörung? In Vorbereitung dieses Gesprächs bitten wir Sie um Beantwortung der unten aufgeführten Fragen.

Diese Fragen beziehen sich auf Ihr Sexualleben und in diesem Zusammenhang auf Ihre Erektionsfähigkeit **im Zeitraum der letzten 4 Wochen**. Bitte beantworten Sie diese Fragen so offen und eindeutig wie möglich. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie ein Kästchen mit einem Häkchen () kennzeichnen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, wie Sie antworten sollen, geben Sie bitte die bestmögliche Antwort.

Bei 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 Aktivitäten eine Erektion zu bekommen?

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

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

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

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

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

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| Sehr hoch | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Hoch | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mittelmäßig | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Niedrig | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Sehr niedrig | <input type="checkbox"/> | 1 |

Bitte bilden Sie die Summe der Ergebnisse aus **Fragen 1-6** (6Fragen):

IIEF-Domain-Score: