



Internationaler IIEF-Fragebogen

zur Beurteilung der Qualität der Erektile Funktion

Bitte füllen Sie den Fragebogen so aus, wie Sie sich momentan bei der Sexualität fühlen

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Erektionsstörungen hinsichtlich Ihres Sexuallebens in den letzten sechs Monaten und wurden auf der Basis internationaler Standards erstellt. Lassen Sie bitte keine Frage aus. Jede Frage lässt nur eine Antwort zu.

Ihr Arzt wird Ihre Antworten mit Ihnen gemeinsam besprechen. So helfen Sie ihm, die richtige Diagnose zu stellen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

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

- Fast nie/nie 1
Gelegentlich (< 50 %) 2
Öfter (ca. 50 %) 3
Meistens (> 50 %) 4
Fast immer/immer 5

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

- Fast nie/nie 1
Gelegentlich (< 50 %) 2
Öfter (ca. 50 %) 3
Meistens (> 50 %) 4
Fast immer/immer 5

3. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft waren Sie in der Lage, in Ihre Partnerin einzudringen?

- Fast nie/nie 1
Gelegentlich (< 50 %) 2
Öfter (ca. 50 %) 3
Meistens (> 50 %) 4
Fast immer/immer 5

4. Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?

- Fast nie/nie 1
Gelegentlich (< 50 %) 2
Öfter (ca. 50 %) 3
Meistens (> 50 %) 4
Fast immer/immer 5

5. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr, Ihre Erektion bis zum Abschluss des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?

- Extrem schwierig 1
Sehr schwierig 2
Schwierig 3
Nicht sehr schwierig 4
Kein Problem 5

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

- Sehr gering 1
Gering 2
Mäßig 3
Stark 4
Sehr stark 5

Auswertung:

| Gesamtpunktzahl: | 6–10 | 11–16 | 17–21 | 22–25 | 26–30 |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Stärke der Beschwerden: | schwere Erektionsstörung | mäßige Erektionsstörung | leichte bis mäßige Erektionsstörung | leichte Erektionsstörung | Keine Erektionsstörung |

1 Hinweis für den Arzt:

Bei diesen Fragen handelt es sich um den IIEF-EF-Domain-Fragebogen zur Qualität der erektilen Funktion (EF) auf der Basis des IIEF (International Index of Erectile Function; Rosen RC et al., Urology 1997; 49: 822–830)

Bei einem Ergebnis von weniger als 26 Punkten liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Erektionsstörung vor.



Dr. med. Wilhelm Dierkopf

Facharzt für Urologie - Andrologie

Anamnesebogen Erektile Dysfunktion

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus

Sind Sie zur Zeit besonderen Belastungen ausgesetzt?

| | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| <input type="checkbox"/> | im Beruf | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | im Privatleben | <input type="checkbox"/> | |

Sonstige Ihnen wichtig erscheinende Angaben:

Beschreiben Sie kurz Ihre derzeitigen Beschwerden:

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Sind sie plötzlich aufgetreten?

| | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wurden Sie schon behandelt?

| | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wenn ja, wie? _____

Mit welchem Erfolg? _____

Besteht zur Zeit eine sexuelle Beziehung

| | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wenn ja, mit
(Mehrfachnennungen möglich)

| | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ehefrau | <input type="checkbox"/> | Freundin | <input type="checkbox"/> | Zufallsbekanntschaft |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------------------|

Libido = Lust

| | | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | unverändert | <input type="checkbox"/> | reduziert | <input type="checkbox"/> | stark reduziert |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|

morgendliche Erektion

| | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|--------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | selten | <input type="checkbox"/> | nie |
|--------------------------|----|--------------------------|--------|--------------------------|-----|

Rigidität = Steifheit des Gliedes

| | | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | unverändert | <input type="checkbox"/> | reduziert | <input type="checkbox"/> | stark reduziert |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|

vorzeitiger Rigiditätsabfall

| | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|--------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | gering | <input type="checkbox"/> | stark |
|--------------------------|------|--------------------------|--------|--------------------------|-------|

Immissio = Einführung des
Gliedes in die Scheide

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|--------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | möglich | <input type="checkbox"/> | manchmal | <input type="checkbox"/> | selten | <input type="checkbox"/> | unmöglich |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|--------|--------------------------|-----------|

Orgasmus

| | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

Ejakulation = Samenerguß

| | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

Häufigkeit des
Geschlechtsverkehrs

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 1x | <input type="checkbox"/> | 2x | <input type="checkbox"/> | 3x | <input type="checkbox"/> | 4x | <input type="checkbox"/> | 5x | <input type="checkbox"/> | 6x |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|

| | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | pro Woche | <input type="checkbox"/> | pro Monat |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|

Partnerschaft

| | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | unbelastet | <input type="checkbox"/> | belastet | <input type="checkbox"/> | gefährdet |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|



Dr. med. Wilhelm Dierkopf

Facharzt für Urologie - Andrologie

Anamnesebogen Erektile Dysfunktion

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus

Liegen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen vor?

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | seit: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes (Zucker) | seit: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Erhöhte Blutfette | seit: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Angina pectoris | seit: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt | im Jahr: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Arterienverengung | seit: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Niereninsuffizienz | seit: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Geschlechtskrankheiten | wenn ja, welche? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Neurologische Erkrankungen | wenn ja, welche? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Hormonstörungen | wenn ja, welche? | <input type="text"/> |

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Rauchen Sie? ja nein
Anzahl der Zigaretten/Zigarren pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
Menge pro Tag

Operationen:
