

Personalien Patient

Praxisstempel

## International Index of Erectile Function (IIEF -5)

Datum: \_\_\_\_\_

Die Fragen beziehen sich auf Ihre sexuelle Aktivität **während der letzten 4 Wochen**. Bitte beantworten Sie die Fragen so offen und eindeutig wie möglich. Bitte beantworten Sie jede Frage indem Sie ein Kästchen mit einem Kreuz markieren. Wenn Sie nicht sicher sind, wie Sie antworten sollen, wählen Sie die am besten zutreffende Antwort.

Bei der Beantwortung gelten folgende Definitionen:

Geschlechtsverkehr

- \*\* Ist definiert als das vaginale Penetration (Eindringen in die Partnerin) sexuelle Stimulation  
Beinhaltet Situationen wie Liebesspiel mit der Partnerin, Betrachten erotischer Bilder usw.

1. Wie würden Sie **während der letzten 4 Wochen Ihre Zuversicht** einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu halten?
- |              |   |                          |
|--------------|---|--------------------------|
| Sehrhoch     | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Hoch         | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Mittelmäßig  | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Niedrig      | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Sehr niedrig | 1 | <input type="checkbox"/> |
2. Wenn Sie **während der letzten 4 Wochen** bei sexueller Stimulation - Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?
- |  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| Fast immer oder immer                          | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Meistens (viel mehr als die Hälfte der Fälle)  | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal (etwa die Hälfte der Fälle)           | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Selten (viel weniger als die Hälfte der Fälle) | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Fast nie oder nie                              | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Keine sexuelle Aktivität                       | 0 | <input type="checkbox"/> |
3. **Wie oft** waren Sie **während der letzten 4 Wochen** bei Geschlechtsverkehr\* in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin penetriert hatten (in sie eingedrungen waren)?
- |  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| Fast immer oder immer                          | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Meistens (viel mehr als die Hälfte der Fälle)  | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal (etwa die Hälfte der Fälle)           | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Selten (viel weniger als die Hälfte der Fälle) | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Fast nie oder nie                              | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht    | 0 | <input type="checkbox"/> |
4. **Wieschwerig** war es **während der letzten 4 Wochen** beim Geschlechtsverkehr\* Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?
- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| Nichtschwierig                              | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Ein bisschen schwierig                      | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Schwierig                                   | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Sehrschwierig                               | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Äußerst schwierig                           | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht | 0 | <input type="checkbox"/> |
5. Wenn Sie **während der letzten 4 Wochen** versuchten Geschlechtsverkehr\* zu haben, wie oft war er **befriedigend** für Sie?
- |  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| Fast immer oder immer                          | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Meistens (viel mehr als die Hälfte der Fälle)  | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal (etwa die Hälfte der Fälle)           | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Selten (viel weniger als die Hälfte der Fälle) | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Fast nie oder nie                              | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht    | 0 | <input type="checkbox"/> |