

Beantworten Sie den „International Index of Erectile Function“- Test IIEF mit 15 Fragen. Der Test gibt Ihnen Auskunft, ob eine Erektionsstörung oder erektile Dysfunktion vorliegen oder sich anbahnen könnte. Markieren Sie bei jeder Frage, die für Sie am besten zutreffende Antwort. Sie sollten den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem Arzt mitnehmen. So lässt sich die Problematik auch leichter ansprechen.

Sie können den Fragebogen am Bildschirm ausfüllen und dann ausdrucken. Alternativ können Sie den Bogen ausdrucken und von Hand ausfüllen. Zählen Sie dann zur Auswertung die Punkte aus den 15 Fragen zusammen.

### 1. Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen in der Lage, während sexueller Aktivität\*\* eine Erektion zu bekommen?

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

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

### 2. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen bei sexueller Stimulation\*\*\*\* Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?

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

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

### 3. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen versuchten, Geschlechtsverkehr\* zu haben, wie oft waren Sie in der Lage, ihre Partnerin zu penetrieren (in sie einzudringen)?

<input type="checkbox"/>	Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0
<input type="checkbox"/>	Fast immer / immer	5
<input type="checkbox"/>	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	4

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

\*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.

<input type="checkbox"/>	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	3
<input type="checkbox"/>	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	2
<input type="checkbox"/>	Fast nie oder nie	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 (in sie eingedrungen waren)?**

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

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

**5. Wie schwierig war es während der letzten 4 Wochen beim Geschlechtsverkehr\* Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?**

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

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

**6. Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen versucht, Geschlechtsverkehr\* zu haben?**

<input type="checkbox"/>	Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0
<input type="checkbox"/>	11+ Versuche	5
<input type="checkbox"/>	7-10 Versuche	4
<input type="checkbox"/>	5-6 Versuche	3
<input type="checkbox"/>	3-4 Versuche	2
<input type="checkbox"/>	1-2 Versuche	1

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

\*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.

### 7. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen versuchten, Geschlechtsverkehr\* zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

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

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

### 8. Wie sehr haben Sie während der letzten 4 Wochen den Geschlechtsverkehr\* genossen?

<input type="checkbox"/>	Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0
<input type="checkbox"/>	Außerordentlich	5
<input type="checkbox"/>	Sehr	4
<input type="checkbox"/>	Ziemlich	3
<input type="checkbox"/>	Nicht sehr	2
<input type="checkbox"/>	Überhaupt nicht	1

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

### 9. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen sexuell stimuliert\*\*\*\* wurden oder Geschlechtsverkehr\* hatten, wie oft hatten Sie einen Samenerguss\*\*\*?

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

*Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.*

### 10. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen sexuell stimuliert\*\*\*\* wurden oder Geschlechtsverkehr\* hatten, wie oft hatten Sie das Gefühl eines Orgasmus mit oder ohne Samenerguss?

<input type="checkbox"/>	Keine/n Stimulation/Geschlechtsverkehr	0
<input type="checkbox"/>	Fast immer / immer	5

\*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.

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

*Bitte nur ein Kästchen  
ankreuzen.*

### 11. Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen sexuelles Verlangen verspürt?

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

*Bitte nur ein Kästchen  
ankreuzen.*

### 12. Wie würden Sie den Grad Ihres sexuellen Verlangens während der letzten 4 Wochen einschätzen?

<input type="checkbox"/>	Sehr hoch	5
<input type="checkbox"/>	Hoch	4
<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	3
<input type="checkbox"/>	Niedrig	2
<input type="checkbox"/>	Sehr niedrig oder nicht vorhanden	1

*Bitte nur ein Kästchen  
ankreuzen.*

### 13. Wie zufrieden waren Sie während der letzten 4 Wochen mit Ihrem Sexualleben insgesamt?

<input type="checkbox"/>	Sehr zufrieden	5
<input type="checkbox"/>	In Maßen zufrieden	4
<input type="checkbox"/>	Etwa gleich zufrieden wie unzufrieden	3
<input type="checkbox"/>	In Maßen unzufrieden	2
<input type="checkbox"/>	Sehr unzufrieden	1

*Bitte nur ein Kästchen  
ankreuzen.*

### 14. Wie zufrieden waren Sie während der letzten 4 Wochen mit der sexuellen Beziehung zu Ihrer Partnerin?

<input type="checkbox"/>	Sehr zufrieden	5
--------------------------	----------------	---

\*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.

<input type="checkbox"/>	In Maßen zufrieden	4
<input type="checkbox"/>	Etwa gleich zufrieden wie unzufrieden	3
<input type="checkbox"/>	In Maßen unzufrieden	2
<input type="checkbox"/>	Sehr unzufrieden	1

*Bitte nur ein Kästchen  
ankreuzen.*

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

<input type="checkbox"/>	Sehr hoch	5
<input type="checkbox"/>	Hoch	4
<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	3
<input type="checkbox"/>	Niedrig	2
<input type="checkbox"/>	Sehr niedrig oder nicht vorhanden	1

*Bitte nur ein Kästchen  
ankreuzen.*

## Auswertung

Ihre Punktzahl beträgt:

Sollte die Gesamtpunktzahl bei 21 oder darunter liegen, so könnten Anzeichen für eine erektile Dysfunktion (Erektionsstörung) vorliegen. Wenden Sie sich daher vertrauensvoll an Ihren Arzt.

Die Auswertung ist kein Ersatz für eine ärztliche Untersuchung. Drucken Sie das Formular aus und sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

### Hinweis für den Arzt

Bei diesem Selbsttest handelt es sich um den IIEF Fragebogen (International Index of Erectile Function; Rosen RC et al., Urology 1997; 49: 822– 830).



### INNOCEPT

Biobedded Medizintechnik GmbH

Am Wiesenbusch 1

D-45966 Gladbeck

Telefon: +49 (0) 20 43 / 945-0

Telefax: +49 (0) 20 43 / 945-100

Email: info@innocept.de

Internet: www.innocept.de



### INNOCEPT

Medizintechnik GmbH

Wiener Straße 37

A-3340 Waidhofen

Telefon: +43 (0) 74 42 / 5 57 55

Telefax: +43 (0) 74 42 / 5 57 55 9

Email: info@innocept.at

Internet: www.innocept.at