



IIEF-5 (International Index of Erectile Function)

Zu jeder Frage gibt es mehrere Antwortmöglichkeiten. Bitte wählen Sie die Antwort aus, die Ihre eigene Situation **während des letzten Monats** am besten beschreibt. Wir möchten Sie bitten, keine Frage auszulassen, jeder Frage nur eine einzige Antwort zuzuordnen und die entsprechende Zahl anzukreuzen.

Sind Sie sexuell aktiv? ja nein

Wenn ja, verwenden Sie ein Potenzmittel?
(Medikamente, Vakuumpumpe etc.) ja nein

1. Wie zuversichtlich sind Sie, eine Erektion zu bekommen und aufrechterhalten zu können?					
	Sehr niedrig 1	Niedrig 2	Mittelmäßig 3	Hoch 4	Sehr hoch 5
2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug, um in Ihre Partnerin einzudringen?					
Keine sexuellen Aktivitäten 0	Fast nie oder nie 1	Selten (viel weniger als die Hälfte der Versuche) 2	Manchmal (etwa die Hälfte der Versuche) 3	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Versuche) 4	Fast immer oder immer 5
3. Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, die Erektion aufrechtzuerhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?					
Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht 0	Fast nie oder nie 1	Selten (viel weniger als die Hälfte der Versuche) 2	Manchmal (etwa die Hälfte der Versuche) 3	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Versuche) 4	Fast immer oder immer 5
4. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr, die Erektion bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?					
Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht 0	Äußerst schwierig 1	Sehr schwierig 2	Schwierig 3	Ein bisschen schwierig 4	Nicht schwierig 5
5. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?					
Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht 0	Fast nie oder nie 1	Selten (viel weniger als die Hälfte der Versuche) 2	Manchmal (etwa die Hälfte der Versuche) 3	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Versuche) 4	Fast immer oder immer 5
Datum: (präoperativ, 3 Mt, 6 Mt, 12 Mt postop.)				Punkte:	

bitte beachten Sie auch die Rückseite!

6A. Haben Sie einen Samenerguss?			
ja, mit normaler Menge 4	ja, in wenig reduzierter Menge 3	ja, in deutlich reduzierter Menge 2	nein 1
6B. Falls Sie einen reduzierten oder gar keinen Samenerguss haben, wie sehr fühlen Sie sich dadurch gestört?			
nicht gestört 4	wenig gestört 3	mässig gestört 2	stark gestört 1
7A. Falls Sie Samenergüsse haben, erleben Sie Schmerzen oder ein Unbehagen während des Samenergusses?			
nein 4	ja, leichte Schmerzen/ Ungehaben 3	ja, mässige Schmerzen/ Ungehaben 2	ja, starke Schmerzen/ Ungehaben 1
7B. Falls Sie Schmerzen oder ein Unbehagen während des Samenergusses haben, wie sehr fühlen Sie sich dadurch gestört?			
nicht gestört 4	wenig gestört 3	mässig gestört 2	stark gestört 1
			Punkte: