



Erektionsstörungen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Datum

Sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen soll helfen Ihre Erektionsprobleme umfassend abzuklären und zu behandeln.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Dennoch steht es Ihnen frei, einzelne Fragen offen zu lassen.

Allgemeine Vorgeschichte

Relevante Erkrankungen (ggf. Art, Beginn, derzeitige Behandlung)

- Herzinsuffizienz (Schwäche):
- Hypertonie (hoher Blutdruck):
- Herzrhythmusstörungen (Arrhythmie):
- Herzkranzgefäßerkrankung (KHK):
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus):
- Fettstoffwechselstörung (Hypercholesterinämie):
- periphere Gefäßerkrankungen (AVK, Geh-, Wadenschmerz):
- endokrine / Stoffwechselerkrankungen:
- relevante Op /Strahlentherapie:
- Infektionskrankheiten:
- relevante Unfälle:
- psychische Erkrankungen:
- neurologische Erkrankungen:
- Karzinomerkrankungen:
- BPH

Medikamente (ggf. Präparat, Dosis, seit wann?)

- alpha-Rezeptoren-Blocker (z.B. Tamsulosin)
- 5-alpha-Reduktasehemmer (Finasterid, Dutasterid)
- Antiandrogene
- Antiarrhythmika
- Antiepileptika
- beta-Rezeptoren-Blocker
- Calciumantagonisten
- CSE-Hemmer
- Diuretika
- Dihydralazin
- Fibrate
- Glitazone
- Glucokortikoide
- H2-Blocker
- Opiate
- Östrogene
- Psychopharmaka
- Sedativa – Hypnotika
- Nicht-steroidale Antirheumatika
- Antiphlogistika

Nehmen Sie zurzeit Nitratpräparate ein oder verfügen Sie über Nitratpräparate als Bedarfsmedikation (z.B. „Nitrospray“)?

- nein ja, regelmäßig ja, bei Bedarf, zuletzt vor ____ Tagen/Wochen

Lebensstil

Rauchen: noch nie nicht mehr seit _____ ja (___ Stück/Tag)

Alkohol: nie/selten täglich wöchentlich

Sonstiges:

Sexuelle Symptomatik und Erektionsfähigkeit

Wie lange besteht die Erektions-/Sexualstörung schon?

- länger als drei Monate länger als sechs Monate über ein Jahr
 mehrere Jahre seit der Pubertät

Ist die Erektion unvollständig, wird der Penis nicht hart genug?

- ja nein

Tritt die Erektion noch vollständig ein, hält aber nicht lange genug an?

- nein, tritt nicht vollständig ein
 ja, tritt vollständig ein und hält zeitabhängig nicht an
 ja, tritt vollständig ein und hält partnerabhängig nicht an
 ja, tritt vollständig ein und hält situationsabhängig nicht an

Knickt der Penis bei Erektion ab?

- nein nach oben zur Seite nach unten

Schmerzen bei Erektion?

- nie bei Verkehr bei Selbstbefriedigung immer

Wann konnten Sie das letzte Mal in die Scheide eindringen? _____

Wann zuletzt war der Geschlechtsverkehr für beide zufriedenstellend? _____

Wann war der letzte Koitusversuch überhaupt? _____

Wann waren Sie zuletzt mit Ihrer Partnerin intim (z.B. Petting)? _____

Wie häufig haben Sie noch Sex pro Woche / Monat? ____ mal

Wie häufig hatten Sie Sex vor Ihrer Erektionsstörung? ____ mal

Liegt auch eine Störung des Samenergusses / Orgasmus vor?

- nein ja, nämlich:

Kommt der Samenerguss zu früh, zu spät oder bleibt er aus?

- zu früh zu spät bleibt aus

Liegt auch eine Störung des Empfindens beim Sexualverkehr vor?

nein ja, nämlich:

Leiden Sie unter sexueller Unlust (Libidoverlust, fehlendes sexuelles Verlangen)?

ja nein

Haben Sie noch nächtliche Erektionen?

nein, nicht mehr seit ____ Monaten/Jahren

ja, Häufigkeit: ____ mal pro Woche/Monat

Haben Sie noch morgendliche Erektionen (bei voller Blase)?

nein, nicht mehr seit ____ Monaten/Jahren

ja, Häufigkeit: ____ mal pro Woche/Monat

Haben Sie noch spontane Erektionen?

nein, nicht mehr seit ____ Monaten/Jahren

ja, Häufigkeit: ____ mal pro Woche/Monat

Haben Sie Erektionen bei Pornofilmen oder Masturbation?

nicht praktiziert zeitweise schwach vollständig immer

Partnerbeziehung und Stellenwert der Sexualität

feste Partnerbeziehung nein ja, seit _____

Leidet Ihre Partnerin unter (eigenen) Sexualproblemen?

nein ja, nämlich

Weiß Ihre Partnerin von dem jetzigen Arztbesuch? ja nein

Würde sie eventuell mitkommen? ja nein

Sind Sie außerhalb Ihrer Partnerschaft sexuell aktiv?

nein, keine weitere(n) Partnerin(nen) ja, weitere Partnerin(nen)

Wenn ja, sind die Probleme immer gleich vorhanden oder abhängig von der jeweiligen Partnerin?

Problem immer gleich partnerinabhängig

Haben Sie persönliche Probleme?

- nein
ja, privat, nämlich
ja, beruflich, nämlich

Behandlungsgeschichte**Was haben Sie bisher gegen die Erektionsstörung unternommen?**

- nichts
Sildenafil (Viagra) Tadalafil (Cialis) Vardenafil (Levitra) Avanafil (Spedra)
Dapoxetin (Priligy) TEMPE-Spray (Fortacin)
Yohimbin Apomorphin (Ixense, Uprima, Taluvial) Caverject oder MUSE
Vakuumpumpe Sexualberatung / Psychotherapie
Sonstiges:

Warum haben Sie die Behandlungen abgebrochen?

- mangelnde Wirksamkeit Nebenwirkungen:
Kosten Sonstiges:

Bedürfnisse bei der Behandlung der ED**Wie wichtig ist Ihnen die Härte der Erektion?**

- wichtig weniger wichtig nicht wichtig

Wie wichtig ist Ihnen die Dauer der Erektion?

- wichtig weniger wichtig nicht wichtig

Wie wichtig ist Ihnen die Dauer der Wirkung des Medikaments?

- wichtig weniger wichtig nicht wichtig

Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie schnell nach**der Medikamenteneinnahme eine Erektion bekommen können?**

- wichtig weniger wichtig nicht wichtig

Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie das Medikament unabhängig von**einer Mahlzeit einnehmen können?**

- wichtig weniger wichtig nicht wichtig

Therapie**Welche Therapie wurde verordnet?****Welche Dosierung wurde empfohlen?**