

### 1. Sind Sie mit Ihrer sexuellen Funktion zufrieden?

- a. Ja
- b. Nein

Wenn nicht, bitte weiter ausfüllen:

### 2. Wie lange sind Sie schon mit Ihrer sexuellen Funktion unzufrieden?

.....

### 3. Das Problem mit Ihrer sexuellen Funktion ist: (Mehrfachankreuzungen möglich)

- a. Wenig oder kein sexuelles Interesse
- b. Erektionsstörung (Steifigkeit des Penis)
- c. Problem mit der Ejakulation, zu früh während der sexuellen Aktivität
- d. Problem mit der Ejakulation, zu lange oder Unfähigkeit zu ejakulieren beziehungsweise Ausbleiben des Orgasmus
- e. Schmerzen während der sexuellen Aktivität
- f. Problem mit der Peniskrümmung während der Erektion
- g. Sonstiges: .....

### 4. Welches der oben aufgelisteten Probleme von Frage 3 belastet Sie am meisten?

.....

### 5. Möchten Sie mit Ihrer Ärztin oder einer Fachärztin beziehungsweise Ihrem Arzt oder einem Facharzt darüber sprechen?

- a. Ja
- b. Nein

### 6. Falls Ja, wünschen Sie eine Empfehlung oder Überweisung?

- a. Ja
- b. Nein

\*In Anlehnung an die Brief Sexual Symptom Checklist for Men (BSSC-M)

Angeboten von:



Initiiert von:



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages