

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 Interesse an Sex
- b. Vermindertenes Gefühl an der Klitoris (Kitzler) und/oder Vagina (Scheide)
- c. Vaginale Trockenheit (Scheidentrockenheit)
- d. Ausbleiben des Orgasmus (Höhepunkt)
- e. Schmerzen während der sexuellen Aktivität
- f. 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 Women (BSSC-W)

Angeboten von:



Initiiert von:



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages