

Ejakulationsstörungen



Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Datum

Sehr geehrter Patient,
 dieser Fragebogen soll helfen Ihre Ejakulationsprobleme umfassend abzuklären und zu behandeln.
 Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

vor der Therapie: Datum:

	Bewertung				
	sehr gering		sehr gut		
1. Wie war in den vergangenen Monaten die Kontrolle über Ihren Samenerguss während des Geschlechtsverkehrs?	0	1	2	3	4
	sehr stark		kaum bis gar nicht		
2. Wie stark leiden Sie unter dem vorzeitigen Samenerguss?	0	1	2	3	4
	gar nicht zufrieden		sehr zufrieden		
3. Wie zufrieden waren Sie in den vergangenen Monaten mit Ihrem Geschlechtsverkehr?	0	1	2	3	4
	sehr stark		kaum bis gar nicht		
4. Wie stark wurde in den vergangenen Monaten Ihre Sexualbeziehung zu Ihrer Partnerin durch den vorzeitigen Samenerguss beeinträchtigt?	0	1	2	3	4
Gesamtpunktzahl					

während/nach der Therapie: Art der Therapie:

Datum:

	Bewertung				
	sehr gering		sehr gut		
1. Wie war in den vergangenen Monaten die Kontrolle über Ihren Samenerguss während des Geschlechtsverkehrs?	0	1	2	3	4
	sehr stark		kaum bis gar nicht		
2. Wie stark leiden Sie unter dem vorzeitigen Samenerguss?	0	1	2	3	4
	gar nicht zufrieden		sehr zufrieden		
3. Wie zufrieden waren Sie in den vergangenen Monaten mit Ihrem Geschlechtsverkehr?	0	1	2	3	4
	sehr stark		kaum bis gar nicht		
4. Wie stark wurde in den vergangenen Monaten Ihre Sexualbeziehung zu Ihrer Partnerin durch den vorzeitigen Samenerguss beeinträchtigt?	0	1	2	3	4
Gesamtpunktzahl					