

## Erektionsstörungen



Dr. med.  
**Volker Moll**  
Dr. med.  
**Alev Reichelmann<sup>2</sup>**

Fachärzte für Urologie  
Belegärzte an der  
Stadtklinik im Diako  
Med. Tumorthherapie  
genetische Beratung  
Männergesundheit am  
angestellte Ärztin<sup>2</sup>

Kooperierende Praxis  
LMU München

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

**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?**

ja nein, 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?**