

Begriffserklärungen:

Sexuelle Aktivität:	Beinhalten Geschlechtsverkehr, Liebkosungen, Vorspiel und Masturbation
Sexuelle Stimulation:	Vorspiel mit Ihrem Partner, erotische Bilder, etc.
Sexuelles Verlangen:	Wunsch nach sexuellem Erlebnis, Gedanken oder Phantasien über Sex
Sexuelle Erregung:	Körperliche und mentale Reaktion – Wärme, Kribbeln, Feuchtigkeit

Name: _____ Datum: _____ Geburtsdatum: _____

BEREICH 1 – Sexuelles Verlangen (Fragen 1–2)

1 Wie oft verspürten Sie in den letzten 4 Wochen sexuelles Verlangen oder Interesse?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> fast immer oder immer | <input type="radio"/> selten (weniger als die Hälfte) |
| <input type="radio"/> meistens (mehr als die Hälfte der Zeit) | <input type="radio"/> fast nie oder nie |
| <input type="radio"/> manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | |

2 Wie würden Sie den Grad Ihres sexuellen Verlangens / Interesses in den letzten 4 Wochen einschätzen?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> sehr hoch | <input type="radio"/> niedrig |
| <input type="radio"/> hoch | <input type="radio"/> sehr niedrig oder nicht vorhanden |
| <input type="radio"/> mittelmässig | |

BEREICH 2 – Sexuelle Erregung (Fragen 3–6)

3 Wie oft fühlten Sie sich während sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr erregt?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> fast immer oder immer | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> fast nie oder nie |

4 Wie würden Sie den Grad Ihrer sexuellen Erregung während sexueller Aktivität einschätzen?

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> mittelmässig |
| <input type="radio"/> sehr hoch | <input type="radio"/> niedrig |
| <input type="radio"/> hoch | <input type="radio"/> sehr niedrig |

5 Wie gross war Ihre Sicherheit, während sexueller Aktivität sexuell erregt zu werden?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> mittelmässige Sicherheit |
| <input type="radio"/> sehr hohe Sicherheit | <input type="radio"/> niedrige Sicherheit |
| <input type="radio"/> hohe Sicherheit | <input type="radio"/> sehr niedrige Sicherheit |

6 Wie oft waren Sie mit Ihrer Erregtheit während sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr zufrieden?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> fast immer oder immer | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> fast nie oder nie |

BEREICH 3 – Lubrikation / Feuchtigkeit (Fragen 7–10)

7 Wie oft wurden Sie während sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr feucht?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> fast immer oder immer | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> fast nie oder nie |

8 Wie schwierig war es, während sexueller Aktivität feucht zu werden?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> schwierig |
| <input type="radio"/> ausserordentlich schwierig / unmöglich | <input type="radio"/> etwas schwierig |
| <input type="radio"/> sehr schwierig | <input type="radio"/> überhaupt nicht schwierig |

9 Wie oft konnten Sie Ihre Feuchtigkeit bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität beibehalten?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> fast immer oder immer | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> fast nie oder nie |

10 Wie schwierig war es, Ihre Feuchtigkeit bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität beizubehalten?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> schwierig |
| <input type="radio"/> ausserordentlich schwierig / unmöglich | <input type="radio"/> etwas schwierig |
| <input type="radio"/> sehr schwierig | <input type="radio"/> überhaupt nicht schwierig |

BEREICH 4 – Orgasmus (Fragen 11–13)

11 Wie oft kam es bei sexueller Stimulation oder Geschlechtsverkehr zum Orgasmus (Höhepunkt)?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> fast immer oder immer | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> fast nie oder nie |

12 Wie schwierig war es, bei sexueller Stimulation oder Geschlechtsverkehr einen Orgasmus zu erreichen?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> schwierig |
| <input type="radio"/> ausserordentlich schwierig / unmöglich | <input type="radio"/> etwas schwierig |
| <input type="radio"/> sehr schwierig | <input type="radio"/> überhaupt nicht schwierig |

13 Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Fähigkeit, einen Orgasmus während sexueller Aktivität zu erreichen?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> etwa gleich zufrieden / unzufrieden |
| <input type="radio"/> sehr zufrieden | <input type="radio"/> mässig unzufrieden |
| <input type="radio"/> mässig zufrieden | <input type="radio"/> sehr unzufrieden |

BEREICH 5 – Zufriedenheit (Fragen 14–16)

14 Wie zufrieden waren Sie mit der emotionalen Vertrautheit während der sexuellen Aktivität?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> etwa gleich |
| <input type="radio"/> sehr zufrieden | <input type="radio"/> mässig unzufrieden |
| <input type="radio"/> mässig zufrieden | <input type="radio"/> sehr unzufrieden |

15 Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit der sexuellen Beziehung zu Ihrem Partner?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> sehr zufrieden | <input type="radio"/> mässig unzufrieden |
| <input type="radio"/> mässig zufrieden | <input type="radio"/> sehr unzufrieden |
| <input type="radio"/> etwa gleich zufrieden / unzufrieden | |

16 Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem Sexualeben insgesamt?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> sehr zufrieden | <input type="radio"/> mässig unzufrieden |
| <input type="radio"/> mässig zufrieden | <input type="radio"/> sehr unzufrieden |
| <input type="radio"/> etwa gleich zufrieden / unzufrieden | |

BEREICH 6 – Schmerzen (Fragen 17–19)

17 Wie oft hatten Sie unangenehmes Empfinden oder Schmerzen während des Eindringens in die Scheide?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> kein Versuch des vaginalen Verkehrs | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> fast immer oder immer | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> fast nie oder nie |

18 Wie oft hatten Sie unangenehmes Empfinden oder Schmerzen nach der vaginalen Penetration?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> kein Versuch des vaginalen Verkehrs | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> fast immer oder immer | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> fast nie oder nie |

19 Wie würden Sie den Grad Ihres Unwohlseins oder der Schmerzen beim oder nach dem Eindringen einstufen?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> kein Versuch des vaginalen Verkehrs | <input type="radio"/> mittelmässig |
| <input type="radio"/> sehr hoch | <input type="radio"/> niedrig |
| <input type="radio"/> hoch | <input type="radio"/> sehr niedrig oder nicht vorhanden |

SF-12 – Short Form Gesundheitsbefragung (12 Items)

Allgemeiner Gesundheitszustand · letzte 4 Wochen

1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> ausgezeichnet | <input type="radio"/> weniger gut |
| <input type="radio"/> sehr gut | <input type="radio"/> schlecht |
| <input type="radio"/> gut | |

2 Anstrengende Tätigkeiten (z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben): Sind Sie eingeschränkt?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> ja, stark eingeschränkt | <input type="radio"/> nein, nicht eingeschränkt |
| <input type="radio"/> ja, etwas eingeschränkt | |

3 Mittelschwere Tätigkeiten (z.B. Tisch verschieben, staubsaugen, Golf spielen): Sind Sie eingeschränkt?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> ja, stark eingeschränkt | <input type="radio"/> nein, nicht eingeschränkt |
| <input type="radio"/> ja, etwas eingeschränkt | |

4 Körperliche Gesundheit – Schwierigkeiten bei Arbeit/Alltag: Ich habe weniger geschafft als ich wollte.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

5 Körperliche Gesundheit – Schwierigkeiten bei Arbeit/Alltag: Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

6 Seelische Probleme – Schwierigkeiten bei Arbeit/Alltag: Ich habe weniger geschafft als ich wollte.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

7 Seelische Probleme – Schwierigkeiten bei Arbeit/Alltag: Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

8 Inwieweit haben Schmerzen Sie bei Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf behindert?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> überhaupt nicht | <input type="radio"/> ziemlich |
| <input type="radio"/> ein bisschen | <input type="radio"/> stark |
| <input type="radio"/> mässig | |

9 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ruhig und gelassen?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> ziemlich oft | <input type="radio"/> nie |

10 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen voller Energie?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> ziemlich oft | <input type="radio"/> nie |

11 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen entmutigt und traurig?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> ziemlich oft | <input type="radio"/> nie |

12 Wie häufig haben körperliche Gesundheit oder seelische Probleme Ihren Kontakt zu anderen Menschen beeinträchtigt?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> manchmal |
| <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> selten |
| <input type="radio"/> ziemlich oft | <input type="radio"/> nie |