

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Sehr geehrter Patient,**

Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre Ejakulationsprobleme eingehend zu untersuchen und eine geeignete Behandlung einzuleiten.

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
<b>Gesamtpunktzahl</b>					

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
<b>Gesamtpunktzahl</b>					