

Name :

Vorname:

Straße:

Stadt / Postleitzahl

Telefon:

Welche Beschwerden stehen bei Ihnen im Vordergrund?

a) Ich habe nicht mehr soviel Interesse an sexuellen Aktivitäten

Ja  Nein

b) Ich leide an einer Trockenheit der Scheide

Ja  Nein

c) Ich habe Schwierigkeiten zum Orgasmus zu kommen

Ja  Nein

d) Ich habe Beschwerden beim Verkehr

Ja  Nein

---

Leiden Sie an anderen Krankheiten, zum Beispiel Depressionen, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen?

Ja  Nein

Sind die sexuellen Funktionsstörungen im zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn einer medikamentösen Behandlung aufgetreten?

Ja  Nein

Sind die Beschwerden nach einer Operation oder Geburt aufgetreten?

Ja  Nein

Fühlen Sie sich oft müde, erschöpft und antriebslos?

Ja  Nein

Ist Ihr Genitalbereich früher bei sexueller Erregung stärker angeschwollen?

Ja  Nein

Sind Sie früher leichter und intensiver zum Orgasmus gekommen?

Ja  Nein