

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

Fragebögen zur Selbsteinschätzung des Sexuallebens der Frau

Journal für Menopause 2005; 12 (Sonderheft 1) (Ausgabe für Österreich), 19

Journal für Menopause 2005; 12 (Sonderheft 1) (Ausgabe für Deutschland), 19

Journal für Menopause 2005; 12 (Sonderheft 1) (Ausgabe für Schweiz), 19

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



FRAGEBÖGEN ZUR SELBSTEINSCHÄTZUNG DES SEXUALLEBENS DER FRAU

FRAGEBÖGEN
ZUR SELBSTEIN-
SCHÄTZUNG DES
SEXUALLEBENS
DER FRAU

Tabelle 1: Fragen zur emotionalen Belastung (0 = nie, 4 = immer)

Wie oft ...

- ... haben Sie sich wegen Ihres Sexuallebens belastet gefühlt?
- ... waren sie unzufrieden mit der sexuellen Beziehung zu Ihrem Partner?
- ... gaben Sie sich die Schuld an sexuellen Schwierigkeiten?
- ... waren Sie frustriert wegen Ihrer sexuellen Probleme?
- ... hat Ihnen Sex Stress bereitet?
- ... haben Sie sich wegen sexueller Probleme minderwertig gefühlt?
- ... haben Sie sich über Sex Sorgen gemacht?
- ... haben Sie sich sexuell unzulänglich gefühlt?
- ... haben Sie wegen Ihrer Sexualität Bedauern verspürt?
- ... waren Ihnen Ihre sexuellen Probleme peinlich?
- ... waren Sie mit Ihrem Sexualleben unzufrieden?
- ... waren Sie verärgert wegen Ihres Sexuallebens?

Tabelle 2: Fragebogen zum Sexualleben für Frauen

1. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen sexuelles Verlangen oder Interesse verspürt?
2. Wie stark war in den letzten 4 Wochen Ihr sexuelles Verlangen oder Interesse?
3. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen sexuell erregt, wenn Sie sexuell aktiv waren oder Geschlechtsverkehr hatten?
4. Wie stark war in den letzten 4 Wochen Ihre sexuell Erregung, wenn Sie sexuell aktiv waren oder Geschlechtsverkehr hatten?
5. Wie sicher waren Sie sich in den letzten 4 Wochen, dass Sie sexuelle Erregung verspüren würden, wenn Sie sexuell aktiv waren oder Geschlechtsverkehr hatten?
6. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen zufrieden damit, wie erregt Sie waren, wenn Sie sexuell aktiv waren oder Geschlechtsverkehr hatten?
7. Wie oft wurde in den letzten 4 Wochen Ihre Scheide feucht, wenn Sie sexuell aktiv waren oder Geschlechtsverkehr hatten?
8. Wie schwierig war es für Sie in den letzten 4 Wochen, eine feuchte Scheide zu bekommen, wenn Sie sexuell aktiv waren oder Geschlechtsverkehr hatten?
9. Wie oft blieb in den letzten 4 Wochen Ihre Scheide bis zum Ende der sexuellen Aktivität oder des Geschlechtsverkehrs feucht?
10. Wie schwierig war es für Sie in den letzten 4 Wochen, bis zum Ende der sexuellen Aktivität oder des Geschlechtsverkehrs feucht zu bleiben?
11. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen durch sexuelle Stimulation oder durch Geschlechtsverkehr einen Orgasmus (sexueller Höhepunkt) erreicht?
12. Wie schwierig war es für Sie, in den letzten 4 Wochen durch sexuelle Stimulation oder durch Geschlechtsverkehr einen Orgasmus (sexueller Höhepunkt) zu erreichen?
13. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrer Fähigkeit, einen Orgasmus (sexueller Höhepunkt) zu erreichen, wenn Sie sexuell aktiv waren oder Geschlechtsverkehr hatten?
14. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen damit, wie nahe Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin sich gefühlsmässig waren, wenn Sie sexuell aktiv waren?
15. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit der sexuellen Beziehung zu Ihrem Partner / Ihrer Partnerin?
16. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem Sexualleben insgesamt?
17. Wie oft in den letzten 4 Wochen hatten Sie Beschwerden oder Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs?
18. Wie oft in den letzten 4 Wochen hatten Sie Beschwerden oder Schmerzen nach dem Geschlechtsverkehr?
19. Wie stark waren die Beschwerden oder Schmerzen, die Sie in den letzten 4 Wochen während oder nach dem Geschlechtsverkehr hatten?

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

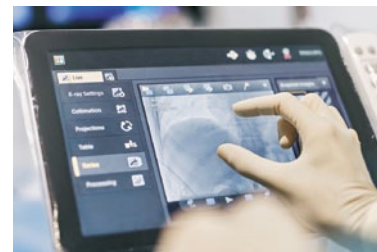
[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)