

# Fragebogen zur Sexualität

Name: \_\_\_\_\_

oder  
Kennwort: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

weiblich ☐männlich ☐

## Kommunikation

|                                                                                                                                                               | Ja                       | Eher ja                  | Eher nein                | Nein                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Erleben Sie Ihre Sexualität mit dem Partner zur Zeit als befriedigend?                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glauben Sie, dass Ihr Partner Ihre sexuellen Kontakte zur Zeit als befriedigend erlebt?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fällt es Ihnen leicht, mit Ihrem Partner über Sexualität zu sprechen?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fällt es Ihrem Partner leicht, mit Ihnen über Sexualität zu sprechen?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hätten Sie Schuldgefühle oder Ängste, wenn Sie mit Ihrem Partner offen über ungewöhnliche sexuelle Wünsche oder Vorlieben sprechen sollten?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Glauben Sie, dass Ihr Partner Schuldgefühle oder Ängste hätte, wenn er mit Ihnen offen über ungewöhnliche sexuelle Wünsche oder Vorlieben sprechen sollte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sind Sie bereit, Sexualität auch zum Thema der Paartherapie zu machen?                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Glauben Sie, dass Ihr Partner bereit wäre, Sexualität auch zum Thema der Paartherapie zu machen?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ließe sich Ihrer Meinung nach die Zufriedenheit mit der gemeinsam gelebten Sexualität noch durch offenere Gespräche verbessern?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Problembereiche

| Bestehen aus Ihrer Sicht Probleme in den folgenden Bereichen:                           | Ja                       | Eher ja                  | Eher nein                | Nein                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Häufigkeit sexueller Kontakte (zu selten oder zu oft)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Unsicherheit wegen fehlendem Wissens über die entsprechenden körperlichen Funktionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Bestehen aus Ihrer Sicht Probleme in den folgenden Bereichen:</b> |                                                                                                               | <b>Ja</b>                | <b>Eher ja</b>           | <b>Eher nein</b>         | <b>Nein</b>              |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.                                                                   | Unsicherheit aus Angst vor einer Schwangerschaft oder Vaterschaft                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.                                                                   | Unsicherheit wegen Unkenntnis der sexuellen Vorlieben des Partners                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.                                                                   | Unsicherheit bezüglich der Akzeptanz eigener sexueller Vorlieben                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.                                                                   | Unsicherheit aufgrund von eigenen Versagensängsten                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.                                                                   | Mangelnde erotische Anziehung durch den Partner                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.                                                                   | Mangelnde Zärtlichkeit während der sexuellen Kontakte                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.                                                                   | Mangelnde Kommunikation während der sexuellen Kontakte                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.                                                                  | Mangelnde Rückmeldung des Partners bezüglich seiner Wünsche                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.                                                                  | Mangelnde Lust oder Freude an sexuellen Kontakten allgemein                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.                                                                  | Mangelnde Initiative oder passive Haltung des Partners                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.                                                                  | Gefühlloses oder aggressives Verhalten des Partners                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.                                                                  | Hemmungen, die eigenen sexuellen Bedürfnisse auch gegen die des Partner einzufordern                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.                                                                  | Ablehnung der sexuellen Vorlieben des Partners                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.                                                                  | Ablehnung Ihrer sexuellen Vorlieben durch Ihren Partner                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.                                                                  | Ablehnung der Sexualität aus weltanschaulichen Gründen durch Sie                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.                                                                  | Ablehnung der Sexualität aus weltanschaulichen Gründen durch den Partner                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.                                                                  | Gefühl der Langeweile oder Müdigkeit während der sexuellen Kontakte                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.                                                                  | Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Erregung oder Lust                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21.                                                                  | Schwierigkeiten beim Erreichen des Höhepunktes                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.                                                                  | Schmerzen oder Missempfindungen beim Geschlechtsverkehr                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.                                                                  | Vermeidung sexueller Kontakte aufgrund von negativen oder traumatischen Erfahrungen in vorherigen Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Ihre Anmerkungen:*