

Neigungsfragebogen

Dom/ Domina/ Misstress/ Sub/ Subbi/ Sklave

Dies ist der Neigungsfragebogen von _____
und dient nur für weitere Anregungen , Ideen, Innerhalb und Außerhalb des BDSM und
ode einer Session. Dieser Fragebogen ist nur für den Dom/ Domina/ Misstress/ Sub/
Subbi / Sklaven bestimmt und nicht für Dritte Personen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Neigungsfragebogen

Dom/ Domina/ Mistress/ Sub/ Subbi/ Sklave

Ich bin:

- Dom
- Domina
- Mistress
- Sub
- Subbi
- Sklave
- Pet
- Zofe
- Swischer
- Sonstiges _____

Sexuelle Ausrichtung:

- Hetero
- Bisexuell
- Lesbisch
- Gay
- Asexuell
- Pansexuell
- Nymphomanisch
- Polyamorie
- kann mich nicht festlegen
- Sonstiges _____

Tabus

Vorlieben

Neigungsfragebogen

Dom/ Domina/ Misstress/ Sub/ Subbi/ Sklave

Ich bin: Anfänger/in _____ Erfahren _____ Profi _____ Sonstiges _____

Ich möchte wie folgt angesprochen werden: _____

In welchem Alter habe ich BDSM für mich entdeckt _____

Wieviele Partner/in hattest du schon? _____

Alkoholkonsum: Ja _____ Nein _____ Raucher: Ja _____ Nein _____

Sexuelle Vorlieben: Ja Nein

Analdehnung Ja Nein

Analsex Ja Nein

Gangbang / Gruppensex Ja Nein

Orgasmuskontrolle Ja Nein

Deepthroat Ja Nein

Dirty Talk Ja Nein

Oralsex Ja Nein

Vaginalverkehr Ja Nein

Sandwich Ja Nein

Fingern Ja Nein

Fisten Vaginal Ja Nein

Fisten Anal Ja Nein

Vorführung Ja Nein

Überlassung Ja Nein

Spermaspiele Ja Nein

Sexuelle Vorlieben: Ja Nein

Verleih Ja Nein

24 / 7 Ja Nein

Bondage Ja Nein

Gewichte Ja Nein

Klammern Ja Nein

Wachs Ja Nein

Reizstrom Ja Nein

Partnertausch Ja Nein

Keuschhaltung Ja Nein

Rape-Spiele Ja Nein

Pet-Spiele Ja Nein

Rollenspiele Ja Nein

Swingerclub Ja Nein

Erotische Bar Ja Nein

BDSM Party Ja Nein

Weigungsfragebogen

Dom/ Domina/ Misstress/ Sub/ Subbi/ Sklave

Ich brauche im BDSM:

Folter:

Ja Nein

- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Brustfolter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angstspiele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaginalfolter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Analfolter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penisfolter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hodenfolter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ballbusting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brustwarzenfolter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erniedrigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stromspiele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohrfeigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anspucken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemkontrolle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutergüsse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spuren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In der Öffentlichkeit:

Ja Nein

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nackt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorführen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erniedrigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entblößen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestrafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plug / Dildo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fixierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bondage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsband | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine Unterwäsche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exhibitionismus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knebeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fremdficken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstbefriedigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Neigungsfragebogen

Dom/ Domina/ Misstress/ Sub/ Subbi/ Sklave

Ich möchte unbedingt im BDSM erleben und ausleben:

Sonstiges:

Ja Nein

- | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sperma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anspucken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kavier / KV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Natur Sekt / NS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zwangsbesamung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Honig / Sahne etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gurke / Mais , etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Würgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haare Ziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tränen / Weinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinnesentzug | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Englische Erziehung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tunnelspiele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Klinik:

Ja Nein

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Windeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nadeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Doktorspiele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaginal Untersuchung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anal Untersuchung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klistier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nähspiele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Katheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cutting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Melken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piercing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einlauf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fixierung durch Verband | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einspritzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hanröhrenstimulation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Neigungsfragebogen

Dom/ Domina/ Misstress/ Sub/ Subbi/ Sklave

Am liebsten trage ich folgende Kleidung im BDSM:

Schlagen:

	Ja	Nein
Ohrfeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flogger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peitsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochlöffel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bullwhip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohrstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gürtel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Singel Tal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tawse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klatsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fetisch:

	Ja	Nein
Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tattoos / Pircings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyolon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duft / Parfüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neigungsfragebogen

Dom/ Domina/ Misstress/ Sub/ Subbi/ Sklave

Für mich ist BDSM:

Fixierung:

	Ja	Nein
Folie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handfesseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenverbinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brust abbinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knebeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bondage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fesseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körper Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangshaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käfighaltungl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänge Bondage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peniskäfig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuschheitsgürtel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schmerzen:

	Ja	Nein
Schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare ziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutergüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Branding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auspeitschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metall Ketten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennessel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuer / Eis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangshaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginal schläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anal Schläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cock and Ball Torture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neigungsfragebogen

Dom/ Domina/ Misstress/ Sub/ Subbi/ Sklave

Ich erwarte von meinem BDSM Partner/in:

Wichtig:	Ja	Nein
Neuversklavung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sklav(inn)en Tausch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partybesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realer BDSM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrafungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befehle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Küssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zärtlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Safewort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampel System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbaldominanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erniedrigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdbestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig:	Ja	Nein
Altersunterschied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anrede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigentum sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuell Benutzt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bi-Sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnertausch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst spühren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angefasst werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen spühren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cream Pie / Bukake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quälnde Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orgasmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oral Sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neues Probieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regeln und Grenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>