

Anamnesebogen: Sexarbeit

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht.

Allgemein

Grund für die heutige Beratung: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Abzuklärender Kontakt vor _____ Wochen

Beziehungsmodell: Keine feste Beziehung Monogame Beziehung Offene Beziehung

Letzte Menstruation vor _____ Wochen Letzte Krebsvorsorge (Monat, Jahr) _____

Waren Sie schon mal schwanger? Ja Nein Wenn ja, wie oft? _____ Anzahl Geburten/Aborte _____

Bekannte Operationen oder Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche? _____

Untersuchungen

Wurden Sie bereits auf die folgenden Krankheiten untersucht?

Hepatitis A Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Hepatitis B Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Hepatitis C Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

HIV Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Syphilis (Lues) Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Gonorrhoe (Tripper) Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Chlamydien Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Bisherige Krankheiten

Haben oder hatten Sie bereits eine der folgenden Krankheiten?

Hepatitis A Ja Nein Syphilis (Lues) Ja Nein

Hepatitis B Ja Nein Gonorrhoe (Tripper) Ja Nein

Hepatitis C Ja Nein Chlamydien Ja Nein

HIV Ja Nein Eine andere sexuell übertragbare Krankheit: _____

Sexuelle Orientierung / Kontakte

Sexuelle Orientierung: heterosexuell homosexuell bisexuell sonstige

Anzahl der Sexpartner:innen in den letzten 12 Monaten: _____

Zu wem hatten Sie sexuellen Kontakt? Männer Frauen Diverse

Mindestens eine meiner bisherigen Sexpartner:innen... ist homosexuell ist ein bisexueller Mann
 ist HIV-positiv hat eine sexuell übertragbare Krankheit
 hat Drogen gespritzt ist im Sexgewerbe tätig

Seit wann sind Sie in der Sexarbeit tätig? (Monat, Jahr) _____

Was zählt zu Ihren Arbeitsstätten? Bordell Club Escort Wohnung
 Terminwohnung Massagesalon Straßenstrich
 Sonstiges

Prävention

Gegen was sind Sie geimpft? Hepatitis A Hepatitis B HPV

Wie häufig praktizieren Sie Safer Sex? Immer Häufig Gelegentlich Nie

Womit schützen Sie sich gegen sexuelle übertragbare Krankheiten? Kondom Lecktuch Handschuhe
 PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) Schutz durch Therapie
 Sonstiges

Wünschen Sie Informationen zu PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe)? Ja Nein

Angaben zum Risiko

Ungeschützter vaginaler Verkehr Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Ungeschützter Analverkehr Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Ungeschützter Oralverkehr Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Andere Risikosituation Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Keine Risikosituation bekannt

Bemerkungen

Haben Sie Fragen oder Anmerkungen? _____
