

# Anamnesebogen: HIV-STI-Beratung

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

## 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

## 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 Vaginalverkehr  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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_