

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 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? _____