

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