

# 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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann zuletzt?	_____
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann zuletzt?	_____
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann zuletzt?	_____
HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann zuletzt?	_____
Syphilis (Lues)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann zuletzt?	_____
Gonorrhoe (Tripper)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann zuletzt?	_____
Chlamydien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann zuletzt?	_____

## Bisherige Krankheiten

Haben oder hatten Sie bereits eine der folgenden Krankheiten?

Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Syphilis (Lues)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gonorrhoe (Tripper)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Chlamydien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_