

Naam:

Geboortedatum:

Geslacht: man vrouw

- Heeft u klachten die zouden kunnen passen bij een SOA

nee ja, namelijk:

- Heeft uw seksuele partner op dit moment een SOA of klachten die daarbij passen?

onbekend nee ja, namelijk:

- Heeft u onbeschermd seksueel contact gehad?

nee ja, dagen/weken/maanden geleden

- Met welk geslacht heeft u seks?

mannen vrouwen beiden

- Heeft uw seksuele partner met andere personen seks?

onbekend nee ja, met mannen/vrouwen/beide geslachten

- Heeft u 3 of meer seksuele partners in de afgelopen 6 maanden gehad?

nee ja

- Heeft uw seksuele partner 3 of meer seksuele partners in de afgelopen 6 maanden gehad?

onbekend nee ja

- Heeft u betaalde seks gehad in de afgelopen 6 maanden?

nee ja

- Heeft uw seksuele partner betaalde seks gehad in de afgelopen 6 maanden?

onbekend nee ja

- Heeft u orale seks?

nee ja, ik geef / ontvang / beiden

- Heeft u anale seks?

nee ja ik geef / ontvang / beiden

- Bent u gevaccineerd voor Hepatitis B?

onbekend nee ja

- In welk land bent u geboren?

- In welk land is uw vader geboren?

- In welk land is uw moeder geboren?

- In welk land is uw seksuele partner geboren?