|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Naam:** |  |
|  | **Geboortedatum:** |  |
|  | **Geslacht:** | Man (ga naar 5.)  Vrouw (ga naar 4.) |
|  | **Bent u zwanger?**  **Zo ja, hoeveel weken?** | Ja  Nee  weken |
|  | **Wat is de reden dat u een SOA-test wilt?** |  |
|  | **Hoe lang geleden heeft u onbeschermd seksueel contact gehad?** |  |
|  | **Bent u gewaarschuwd door een (ex-)partner die een SOA heeft?** | Ja  Nee |
|  | **Indien ja, welke SOA?** |  |
|  | **Heeft u op dit moment klachten die zouden kunnen passen bij een SOA?**   * Pijn of branderig gevoel bij het plassen? * Pijn tijdens het vrijen? * Bloedverlies buiten de menstruatie om? * Meer of andere afscheiding uit vagina of penis? * Wratjes of zweertjes rondom de geslachtsdelen of anus? * Blaasjes op de vagina, penis of balzak? * Jeuk in de schaamstreek? | Ja  Nee  Ja  Nee  Ja  Nee  Ja  Nee  Ja  Nee  Ja  Nee  Ja  Nee |
|  | **Heeft u of uw seksuele partner seks gehad met een homo- of biseksueel?** | Ja  Nee |
|  | **Heeft u of uw seksuele partner in de afgelopen 6 maanden seks gehad tegen betaling?** | Ja  Nee |
|  | **Heeft u of u seksuele partner 3 of meer seksuele partners in de afgelopen**  **6 maanden gehad?** | Ja  Nee |
|  | **Bent u gevaccineerd tegen hepatitis B?** | Ja  Nee  Weet ik niet |
|  | **Heeft u orale seks gehad (pijpen/beffen) zonder gebruik van condoom en heeft u op dit moment keelklachten?** | Ja  Nee |
|  | **Heeft u onbeschermde anale seks gehad waarbij u de ontvanger was?** | Ja  Nee |
|  | **Komt uw seksuele partner uit een risicogebied, zoals landen in Oost-Europa (zoals Rusland, Kazachstan, Wit-Rusland, Oekraïne, Moldavië), Afrika, Latijns-Amerika, Azië?** | Ja  Nee |
|  | **Zijn er dingen die niet gevraagd zijn maar die wel mogelijk van belang zijn?** |  |

**Mail het ingevulde formulier naar** [**praktijk@hpst.nl**](mailto:praktijk@hpst.nl) **of geef het geprint bij de balie af.**