Det här är ett standardformulär som alla som kommer hit får fylla i. Det är frivilligt att svara på frågorna och syftet med frågorna är att kunna hjälpa dig på bästa sätt.

**Har du fått brev/samtal om att du kan vara smittad av någon könssjukdom?** Nej □ Ja □

Om ja, vilken könssjukdom? .…………………………….....................................................................................................

**Har du någon form av symtom eller besvär som du tror kan bero på en könssjukdom?**

Nej □ Ja □ Om ja, ange symtom: ………………………….............................................................................................

**Har du haft någon könssjukdom tidigare?**

Nej □ Ja □ Om ja, ange vilken/vilka: ……………………….....................................................................

**Har du eller har du haft några andra sjukdomar eller diagnoser?**

Nej □ Ja □ Om ja, ange vilka: ….……………………………...................................................................

**Äter du några mediciner?**

Nej □ Ja □ Om ja, ange vilka: ….……………………………...................................................................

**Är du allergisk eller överkänslig mot antibiotika?**

Nej □ Ja □

**Är du eller har du erfarenhet av att vara transperson?**

Nej □ Ja □

**Har du en:**

Penis □ Vagina □ ………………….. □

**Vilket pronomen vill du ska användas i din journal på Venhälsan:**

Han □ Hon □ Hen □ ………………….. □

**Vilka har du haft sex med?**

Personer med penis □ Personer med vagina □ ……..………………….. □

**När hade du senast sex med någon?** ………………………………….............................................................................

**När testade du dig senast?** …………………………………..............................................................................................

**Har du använt droger i samband med sex?** Nej □ Ja □

**Har du haft sex mot ersättning (t.ex. pengar, presenter eller bostad)?** Nej □ Ja □

**Har du haft sex mot din vilja**

till exempel haft sex du inte samtyckt till, Nej □ Ja □

blivit utsatt för sexuellt övergrepp, eller blivit utsatt för våldtäkt.

**Är du vaccinerad eller har påbörjat vaccination mot:**

Hepatit A Nej □ Ja □ Vet ej □

Hepatit B Nej □ Ja □ Vet ej □

**Är du intresserad av samtal hos en kurator om din sexuella hälsa?**T.ex. för samtal om relationer, lust, njutning, sexualitet, könsidentitet, sexuella problem, sex mot ersättning, droger och sex, sexuellt våld.

Nej □ Ja □

This is a standard form requested by all those visiting this clinic. Answering the questions is voluntary and the purpose of the questions is to be able to help you in the best way possible.

**Have you received a letter/call that you may be infected with an STI** No □ Yes □

If yes, what sexually transmitted infection (STI)? …...…....................................................................................................

**Do you have any symptoms that you think may be due to an STI?**

No □ Yes □ If yes, please specify: …………………………...........................................................................................

**Have you had an STI before?**

No □ Yes □ If yes, please specify which: …………………......................................................................

**Do you have or have you had any other illnesses or diagnoses?**

No □ Yes □ If yes, please specify which: …………………......................................................................

**Do you take any medications?**

No □ Yes □ If yes, please specify which ones: …………….....................................................................

**Are you allergic or hypersensitive to antibiotics?**

No □ Yes □

**Are you or do you have experience of being trans?**

No □ Yes □

**Do you have a:**

Penis □ Vagina □ ………………….. □

**Which pronoun do you want us to use in your journal at Venhälsan:**

He □ She □ Them/they □ ………………….. □

**Who have you had sex with?**

People with penis □ People with vagina □ ………………….. □

**When was your last sexual encounter?** …………………………………..........................................................................

**When was the last time you had an STI test?** ………………………...............................................................................

**Have you used recreational drugs in association with sex?**

No □ Yes □

**Have you received compensation for sex (e.g. money, gifts, residence)?**

No □ Yes □

**Have you had sex against your will?** No □ Yes □

For example, had sex you did not consent to,

been sexually abused or been raped.

**Are you vaccinated or have started vaccination against:**

Hepatitis A No □ Yes □ Uncertain □

Hepatitis B No □ Yes □ Uncertain □

**Are you interested in meeting a counsellor to discuss/get advice on your sexual health?**E.g. about relationships, sexual orientation, gender identity, sexual problems, sex for compensation, drugs and sex, sexual violence.

No □ Yes □