Vragenlijst SOA

Naam:………………………………………………….………… Geboortedatum:………………………………………..

☐Man ☐Vrouw

☐Zwanger……wkn

\*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? ☐ Ja ☐ Nee

-Pijn tijdens het vrijen? ☐ Ja ☐ Nee

-Bloedverlies buiten de menstruatie om? ☐ Ja ☐ Nee

- Meer of andere afscheiding uit vagina of penis? ☐ Ja ☐ Nee

-Wratjes of zweertjes rondom de geslachtsdelen of anus? ☐ Ja ☐ Nee

-Blaasjes op de vagina, penis of balzak? ☐ Ja ☐ Nee

-Jeuk in de schaamstreek ☐ 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

*De volgende vraag hoeft u alleen in te vullen als u een man bent:*

\*Heeft u onbeschermde anale seks gehad waarbij u de ontvanger was? ☐ Ja ☐ Nee

\*Zijn er dingen die niet gevraagd zijn maar die wel mogelijk van belang zijn?

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..