



## VRAGENLIJST OVER SOA

Naam:.....Geboortedatum:..... Datum:.....

Reden bezoek:	
Gewaarschuwd door partner	Ja/nee, zo ja sinds wanneer?
Swinger/partnerruil?	Ja/nee, zo ja sinds wanneer?

**Soa gerelateerde klachten? Zo ja, waar en/of sinds wanneer klachten:**

Pijn bij het plassen?	
Jeuk?	
Afscheiding?	
Huidafwijkingen?	
Contactbloedingen?	
Overige klachten?	
Eerder Hiv-test gehad? Zo ja wanneer?	
Gevaccineerd tegen hep B? Wanneer?	

Condooms gebruikt bij laatste seksuele contact?	
Laatste seksuele contact?	
Was dit een vaste of losse partner?	
Relatieduur?	

<b>Man of vrouw?</b>	
<b>Vaginaal, anaal of oraal contact?</b>	
<b>Seksuele voorkeur?</b>	
<b>Met hoeveel personen afgelopen 6 maanden seksueel contact gehad?</b>	

<b>Drugsgebruik? Zo ja: sinds wanneer?</b>	
<b>Partner uit die risicogroep?</b>	

<b>AB gebruikt in laatste 3 weken?</b>	
<b>Allergie voor AB?</b>	
<b>Medicatie gebruik?</b>	
<b>Anticonceptie gebruik? Zo ja welke?</b>	

<b>Wat wil de patiënt graag testen?</b>	
<b>Welke testen wordt geadviseerd na vragenlijst?</b>	

<b>Overige informatie:</b>	
----------------------------	--