

Hud/STD-mottagningen

Frågeformulär – nybesök/egen vårdbegäran

Reviderad: 2018-11-20

För- och efternamn:					
Personnummer:	År	Månad	Dag	4 sista	Datum för besök på STD-mottagningen
Kryssa i rutan om vi inte får kontakta dig via: Brev: <input type="checkbox"/> och/eller Telefon: <input type="checkbox"/>					
Mobiltelefon:			Ev. hemtelefon:		
Orsak till besök, vad söker du för?					
För säkerhets skull:	<input type="checkbox"/>	Testad positiv via: www.klamydia.se	<input type="checkbox"/>		
Ombedd av partner:	<input type="checkbox"/>	Vårdcentral:	<input type="checkbox"/>		
Partnerbrev:	<input type="checkbox"/>	Ungdomsmottagning:	<input type="checkbox"/>		
Besvär/symtom:	<input type="checkbox"/> füll i symtom nedan	Barnmorskemottagning:	<input type="checkbox"/>		
Symtom: Hur länge?.....					
Ev. tidigare infektioner: Klamydia: <input type="checkbox"/> Kondylom: <input type="checkbox"/> Gonorré: <input type="checkbox"/> Herpes: <input type="checkbox"/> Syfilis: <input type="checkbox"/> Annat: <input type="checkbox"/>					
Allmänna frågor inför ditt besök:					
1. Hur många partners (sexuella kontakter) har du haft sista 12 månaderna?st.					
2. Har du regelbunden/fast partner?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	
3. Har din partner symtom/smita?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
4. Har du haft sexuell kontakt med?	Manlig partner:	<input type="checkbox"/>	och/eller	Kvinnlig partner:	<input type="checkbox"/>
5. Har du haft sexuell kontakt med person i/från ett annat land?	Vilket land?				
	Vilket år?				
6. Har du haft sexuell kontakt med okänd person?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Hur länge sedan?
7. Har du fått/gett ersättning för sex?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Hur länge sedan?
8. Använder du kondom?	Alltid	<input type="checkbox"/>	Ibland	<input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>
9. Har du haft analsex med tillfällig partner?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	
10. Har du haft oralsex med tillfällig partner?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	
Har du allergi mot penicillin/antibiotika?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Vilken?.....
Använder du någon medicin?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Vilken?.....
Har du någon annan sjukdom?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Vilken?.....
Hur länge sedan var det du kissade? Ungefär klockan:					
Frågor för kvinnor:					
Preventivmedel:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Vilken sort?
Är du gravid?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Har du pågående menstruation?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	
Sista mens första dag:					