

Namn _____

Personnummer _____

Mobil _____

1. Varför söker du/varför vill du testa dig?

- För säkerhets skull
- Besvär
- Kontaktad av partner
- Smittspårning

2. Har du?

- Penis
- Vagina
-

3. Har din/a sexpartner/s?

- Penis
- Vagina
-

4. Hur har du haft sex det senaste året?

- Analt
- Oralt
- Vaginalt
- Annat

Ja Nej

	Ja	Nej
5. Besvär?		
urinvägsbesvär/ont när du kissar		
flytningar		
mellanblödningar		
blödning i samband med sex		
ont nedtill i buken/underlivet/pungen		
sår, utslag, blåsor, klåda i underliv/pung/anus		
ömma lymfkörtlar		
ögonbesvär		
halsbesvär		
6. Har du under det senaste året haft analt, oralt, vaginalt sex med en ny eller tillfällig partner? Partners sexuella historia har betydelse.		
7. Har du haft sex utomlands? Vissa STI:er kan vara vanligare i andra länder.		
8. Önskar du information om säkrare sex och kondomer?		
9. Har du frågor om din sexuella hälsa?		