

**Landkreis Vechta
Gesundheitsamt
Frau Wiechers
Neuer Markt 8
49377 Vechta**

**Fragebogen für die gesundheitliche Beratung
nach § 10 Prostituiertenschutzgesetz**

Zur Ausübung der Tätigkeit ist nach §10 Prostituiertenschutzgesetz eine gesundheitliche Beratung vorgesehen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus, bringen diesen zum Termin im Gesundheitsamt mit und geben diesen nur bei Frau Wiechers ab.

Alle Angaben dienen nur dieser Beratung, unterliegen dem Datenschutz und werden nicht weitergegeben!

Allgemeine Angaben

Name, Vorname: _____

Alias: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Handynummer: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsland: _____

In Deutschland seit: _____

Erstberatung ☐ Folgeberatung ☐

Wie lange arbeiten Sie bereits in diesem Tätigkeitsbereich: _____

Welche Sprache(n) sprechen/ verstehen Sie?

☐ Deutsch ☐ Englisch ☐ _____

Wo arbeiten Sie aktuell? ☐ Wohnung/ Appartement ☐ Club/ Bordell

☐ _____

Adresse der Arbeitsstätte: _____

Haben Sie eine Krankenversicherung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Gesundheitliche Angaben

Haben Sie gesundheitliche Probleme/ Beschwerden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter psychischen Problemen/ Beschwerden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wann war die letzte ärztliche Untersuchung? _____

Wann war die letzte Untersuchung bei Ihrem Gynäkologen (Frauenarzt)?

Wann war die letzte Untersuchung auf sexuell übertragbare Krankheiten?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Benutzen Sie ein Verhütungsmittel?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche(s)?

☐ Antibabypille? ☐ Hormonspirale ☐ Kupferspirale
☐ Hormonstäbchen ☐ Kondom
☐ _____

Rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft? _____

Nehmen Sie Drogen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Waren Sie schon einmal sexueller Gewalt ausgesetzt?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie die Tätigkeit schon einmal gegen Ihren Willen ausgeübt?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Kinder?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele? _____

Hatten Sie bereits einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele? _____

Sind Sie schwanger?

☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie seit der letzten ärztlichen Untersuchung ein Ansteckungsrisiko für sexuell übertragbare Krankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie sah das Risiko aus?

☐ Verkehr ohne Kondom ☐ Kondom gerissen/ abgerutscht

☐ _____

Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann war die letzte Impfung? _____

Haben Sie Fragen, die in der gesundheitlichen Beratung besonders besprochen werden sollen?

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____