

Turkiska

1. Buraya başvurmanızın sebebi nedir?/ Neden test yaptırmayı istiyorsunuz?

---

---

2. Son bir yıl içinde cinsel ilişkiye nasıl girdiniz?

- Vajinal seks
- Oral seks
- Anal seks
- Diğer

3. Son bir yıl içinde kim/kimlerle seks yaptınız?

- Erkek/erkeklerle
- Kadın/kadınlarla
- Hem erkek/erkeklerle ve hem de kadın/kadınlarla
- Diğer

Evet Hayır Bilmiyorum

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
4. Rahatsızlığınız var mı? Hayır yanıtı vermişseniz 5 soruya geçiniz.			
İdrarınızı yaparken idrar yollarında rahatsızlık/ ağrı.			
Vajinal akıntı			
Adetler arası kanama			
Cinsel ilişkiyle bağlantılı kanama			
Karın altı civarı/ cinsel organ/ testis torbası ağrıyor/ağrıdı.			
Yara, kabarıklık, hava kabarcıkları veya cinsel organda kaşıntı.			
Dokunulduğunda lenf düğümleri ağrıyor mu?			
5. Partneriniz/partnerleriniz idrar yolları veya cinsel organla ilgili bir rahatsızlık geçirdi mi?			
6.Son bir yıl içinde yeni veya gelip geçici bir partnerle vajinal,oral veya anal seks yaptınız mı?			
7. Son bir yıl içinde başka birisiyle seks yapmış bir kişiyle vajinal, oral veya anal seks yaptınız mı?			
8. İsveç dışında başka bir ülkede seks yaptınız mı?			

9. Prezervatif kullanıyor musunuz?

- Her zaman
- Sık, sık
- Bazen
- Hiç bir zaman