

Name des Test - Angebots: _____

Stadt des Testangebots: _____

Datum des Besuchs:
Tag Monat Jahr

Ort des Testangebots: Beratungsstelle Öffentlicher Ort (Apotheke, Bibliothek)
 Aufsuchend/Mobil Café, bar, Kneipe, etc.
 Ort von Sexarbeit Beratungsstelle für iv-Drogengebrauchende
 Ort sexueller Begegnung Sonstiges: _____

Eindeutiger Personencode (den das Test-Angebot verwendet): _____

ODER

Eindeutiger Personencode (COBATEST):
Geschlecht (0 Mann (cis), 1 Frau (cis), 2 Trans-Mann, Trans-Frau oder nicht-binär) Tag Monat Jahr Anzahl ältere Brüder Anzahl ältere Schwestern Buchstabe des Geburtsnamens der Mutter

Klientdaten:

Geschlecht: Mann (cis) Frau (cis) Trans-Mann Trans-Frau Nicht-binär

Geburtsdatum:
Tag Monat Jahr

Ausländischer Staatsangehöriger Ja Nein Weiß nicht

Geburtsland: _____ Einreisejahr:
Klientin ist: Touristin Dauerhaft im Land

Wohnort: _____

Ausländischer Studentin Flüchtling Bewohner
 Ausländischer Arbeitnehmerin Migrant*in ohne Papiere Sonstiges: _____
 Asylsuchender Migrantin Eingebürgert

Hat Klientin Zugang zu kostenlosen Gesundheitsdiensten?
 Ja Nein Andere: _____

Gründe für den HIV-Test: (Mehrere Antworten sind möglich)

Risikokontakt **Zur Kontrolle** **Letzter Test fand im diagnostischen Fenster statt** **Klinische Symptome**

Ungeschützter Vaginalverkehr Mein Partner hat mich darum gebeten
 Ungeschützter Analverkehr Plan, das Kondom beim Sex mit dem Partner wegzulassen
 Ungeschützter Oralverkehr Ich möchte ein Baby
 Kondomunfall Schwangerschaftsvorsorge
 Ungeschützter Sex mit Sexarbeiter Regelmäßige Kontrolle
 Partnerin kürzlich positiv getestet Nur um meinen Gesundheitsstatus zu kennen
 Tausch von Spritzennadeln Anderer: _____
 Anderer: _____

Anderes: _____

Gründe zur Auswahl dieses Testangebots: (Mehrere Antworten sind möglich)

Ich war schon früher hier Ich habe ein Flyer dieses Angebots gesehen Andere: _____
 Ein Freund hat mir von diesem Angebot erzählt Ich habe dieses Angebot im Internet gefunden

Frühere HIV-Tests:

Früherer HIV-Test Ja Nein Weiß nicht

HIV-Test in den letzten 12 Monaten in diesem Angebot?
 Ja Nein Weiß nicht

Letzter durchgeführter HIV-Test: Weniger als 3 Monate Weniger als 12 Monate
 Mehr als 12 Monate Weiß nicht
Datum:
Monat Jahr
Ergebnis des letzten Tests: Positiv Negativ Weiß nicht

Risikoverhalten, Risikofaktoren:

Sexpartner in den letzten 12 Monaten: Mann (cis/trans) Frau (cis/trans) Mann und frau (cis/trans) Hatte noch keinen Sex Weiß nicht

Kondomgebrauch beim Vaginal- / Analverkehr Ja Nein Weiß nicht

In den letzten 12 Monaten geld, drogen, waren oder dienstleistungen für sex erhalten Ja Nein Weiß nicht

STI-Diagnose in den letzten 12 Monaten? Ja Nein Weiß nicht

Ungeschützter Anal-/Vaginalverkehr in den letzten 12 Monaten mit:

Sexarbeitern: Ja Nein Weiß nicht
iv-Drogengebrauchenden: Ja Nein Weiß nicht
MSM: Ja Nein Weiß nicht

Intravenöser Drogengebrauch?

Ja Nein Weiß nicht Datum: Weniger als 3 Monate Weniger als 12 Monate
 Mehr als 12 Monate Weiß nicht

Tausch von Injektionsmaterialien in den letzten 12 Monaten:

Spritzen oder Kanülen? Ja Nein Weiß nicht
Löffel, Filter, Wasser, etc.? Ja Nein Weiß nicht

Pre-Test-Beratung:

Wurde eine Pre-Test-Beratung durchgeführt: Ja Nein Weiß nicht

HIV-Screening-Test :

Durchgeführter Test

Ja Nein

Datum der Probenentnahme:

Tag Monat Jahr

Eingesetzter Test:

Schnelltest/Mundflüssigkeit Schnelltest/Blut Herkömmlicher Test (ELISA)

Ergebnis des Tests:

Reaktiv **Nicht-Reaktiv** **Uneindeutig**

Wurden zusätzliche Tests durchgeführt?

Ja Nein Weiß nicht

Welche Tests: Schnelltest/Mundflüssigkeit Schnelltest/Blut Herkömmlicher Test (ELISA)

Ergebnis des Tests: Reaktiv Nicht-Reaktiv

Erhielt der Klient das Ergebnis des Tests?

Ja Nein Weiß nicht

Datum:

Tag Monat Jahr

Post-Test-Beratung:

Wurde eine Post-Test-Beratung durchgeführt? Ja Nein Weiß nicht

HIV-Bestätigungstest:

Wurde ein Bestätigungstest durchgeführt?

Ja Nein Weiß nicht

Datum:

Tag Monat Jahr

Ergebnis des Bestätigungstests:

Positiv **Negativ** **Uneindeutig**

Hat der Klient das Ergebnis des Bestätigungstests erhalten?

Ja Nein Weiß nicht

Datum:

Tag Monat Jahr

Zugang zum Gesundheitssystem für die, die ein positives Testergebnis erhalten haben:

Wurde der Patient ins Gesundheitssystem weiterverwiesen?

Ja Nein Weiß nicht

Datum:

Tag Monat Jahr

Erste Messung der CD4-Zellzahl: _____

Datum:

Tag Monat Jahr

MODUL B

Syphilis-Test:

Frühere Syphilis-Tests

Ja Nein Weiß nicht

Letzter Syphilis-Test

Weniger als 3 Monate Weniger als 12 Monate
 Mehr als 12 Monate Weiß nicht

Frühere Syphilis-Diagnose

Ja Nein Weiß nicht

Datum der letzten Syphilis-Diagnose:

Tag Monat Jahr

Durchgeführter Syphilis-Test

Ja Nein Weiß nicht

Datum der Probenentnahme:

Tag Monat Jahr

Verwendetes Testverfahren:

Schnelltest Konventioneller Test

Schnelltest-Ergebnis:

Reaktiv
 Nicht-Reaktiv

Durchgeführter Test für Diagnosestellung

Ja Nein Weiß nicht

Datum der Probenentnahme:

Tag Monat Jahr

Syphilis-Diagnose:

Aktive Infektion **Serologische Narbe (alte oder ausgeheilte Infektion)** **Unbekannt**

HCV-Test:

Frühere HCV-Tests

Ja Nein Weiß nicht

Letzter HCV-Test

Weniger als 3 Monate Weniger als 12 Monate
 Mehr als 12 Monate Weiß nicht

Frühere HCV-Diagnose?

Ja Nein Weiß nicht

Datum der letzten HCV-Diagnose:

Tag Monat Jahr

Durchgeführter HCV-Test

Ja Nein Weiß nicht

Datum der Probenentnahme:

Tag Monat Jahr

Verwendetes Testverfahren:

Orale Schnelltest Blutschnelltest Konventioneller Test

Schnelltest-Ergebnis:

Reaktiv
 Nicht-Reaktiv

HCV-RNA-Test durchgeführt

Ja Nein Weiß nicht

Datum der Probenentnahme:

Tag Monat Jahr

HCV-Diagnose:

Aktive Infektion **Serologische Narbe (alte oder ausgeheilte Infektion)** **Unbekannt**

STI-Impfungen:

Impfung gegen Hepatitis A (mit allen notwendigen Dosen)

Ja Nein Weiß nicht

Impfung gegen Hepatitis B (mit allen notwendigen Dosen)

Ja Nein Weiß nicht

Impfung gegen HPV

Ja Nein Weiß nicht

Andere zu berücksichtigende Impfungen

Ja Nein Weiß nicht

Welche anderen? _____

Anmerkungen: