

# Client Questionnaire

## Schön, bist du hier!

**Warum bist du heute hier? Mehrere Antworten möglich.**

*Format: multiple choice + open text field*

- ☐ Ich bin zur Routineuntersuchung hier.
- ☐ Ich bin in einer neuen Beziehung.
- ☐ Ich hatte in den letzten 48 Stunden eine Risikosituation.
- ☐ Ich hatte vor mehr als 48 Stunden eine Risikosituation.
- ☐ Ich habe Symptome.
- ☐ Ein:e Sex-Partner:in hat eine Diagnose.
- ☐ Ich habe einen anderen Grund.

---

☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Über mich

**In welchem Jahr bist du geboren?**

*Format: open text field*

- ☐ *Free text response:*

---

☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Wie lautet deine Postleitzahl?

*Format: open text field*

☐ Free text response:

---

☐ Ich wohne in einem Nachbarland.

☐ Ich bin als Tourist:in hier.

☐ Das möchte ich nicht sagen.

## In welchem Land bist du geboren?

*Format: single choice*

## Welche Schweizer Aufenthaltsbewilligung hast du?

*Format: single choice*

☐ Schweizer Staatsbürgerschaft

☐ Ausweis C oder B

☐ Ausweis G

☐ Ausweis L

☐ Ausweis F, N oder S

☐ Ich habe keine Aufenthaltsbewilligung.

☐ Ich bin Tourist:in.

☐ Ich bin mir nicht sicher.

☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Was ist dein höchster Bildungsabschluss?

*Format: single choice*

☐ Obligatorische Schule

☐ Sekundarstufe (Berufslehre, Gymnasium)

☐ Hochschulabschluss (Bachelor, Master, Doktor)

☐ Keine formale Ausbildung

☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Was ist dein aktueller Beschäftigungsstatus?

*Format: single choice*

- ☐ Vollzeit beschäftigt ( $\geq 80\%$ )
- ☐ Teilzeit beschäftigt ( $< 80\%$ )
- ☐ Selbstständig
- ☐ Arbeitslos
- ☐ Student:in / in Ausbildung
- ☐ Berentet (AHV, IV)
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Heute bist du:

*Format: single choice + open text field*

- ☐ Eine Frau
  - ☐ Ein Mann
  - ☐ Eine nicht-binäre Person / Genderqueer
  - ☐ Sonstiges
- 

- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Welches Geschlecht wurde dir bei der Geburt zugewiesen?

*Format: single choice*

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Heute beschreibt meine Sexualität am besten:

*Format: single choice + open text field*

- ☐ Heterosexuell
  - ☐ Schwul / Lesbisch / Homosexuell
  - ☐ Bisexuell / Pansexuell
  - ☐ Demisexuell / Asexuell
  - ☐ Queer
  - ☐ Sonstiges
- 

- ☐ Ich bin mir (noch) nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Sexuelle Gesundheit

### Mit wem hattest du seit deinem letzten Test Sex? Mehrere Antworten möglich.

*Format: multiple choice*

- ☐ Cis Männer
- ☐ Trans Männer
- ☐ Cis Frauen
- ☐ Trans Frauen
- ☐ Nicht-binäre / genderqueere Personen
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Wie hattest du Sex seit deinem letzten Test? Mehrere Antworten möglich.

*Format: multiple choice + open text field*

☐ Vaginaler Sex

☐ Analer Sex

☐ Oraler Sex

☐ Sonstiges

---

☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Wie viele Sexualpartner:innen hattest du in den letzten 12 Monaten?

*Format: single choice*

☐ 0-1

☐ 2-5

☐ 6-11

☐ 12 oder mehr

☐ Ich bin mir nicht sicher.

☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Hast du für Sex bezahlt?

*Format: single choice*

☐ Ja, in den letzten 12 Monaten

☐ Ja, vor über einem Jahr

☐ Nein, noch nie

☐ Ich bin mir nicht sicher.

☐ Das möchte ich nicht sagen.

## **Wurdest du für Sex bezahlt?**

*Format: single choice*

- ☐ Ja, in den letzten 12 Monaten
- ☐ Ja, vor über einem Jahr
- ☐ Nein, noch nie
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## **Hast du im letzten Monat Medikamente eingenommen? Mehrere Antworten möglich.**

*Format: multiple choice*

- ☐ Antibiotika (z. B. Penicillin, Doxycyclin)
- ☐ Antivirale Medikamente (z. B. PrEP-Pillen)
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## **Hast du in den letzten 12 Monaten Substanzen geschnupft oder gespritzt? Mehrere Antworten möglich.**

*Format: multiple choice*

- ☐ Geschnupft
- ☐ Gespritzt
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Wurde bei dir jemals HIV diagnostiziert?

Format: single choice

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Bist du mit deiner aktuellen HIV-Therapie zufrieden?

Format: single choice

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Hast du Fragen zum Leben mit HIV?

Format: single choice + open text field

- ☐ Ja

- 
- ☐ Nein

## Wann war dein letzter HIV-Test?

Format: single choice

- ☐ Ich habe noch nie einen Test gemacht.
- ☐ Innerhalb der letzten 3 Monate
- ☐ Innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Innerhalb der letzten 5 Jahre
- ☐ Vor mehr als 5 Jahren
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Wie schützt du dich vor HIV? Mehrere Antworten möglich.

*Format: multiple choice + open text field*

- ☐ Ich benutze keinen Schutz.
- ☐ Ich habe keinen penetrativen Sex (anal/vaginal).
- ☐ Kondom
- ☐ HIV-PrEP
- ☐ Mein:e Partner:in ist nicht nachweisbar (undetectable).
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Hast du jemals eine Notfallbehandlung gegen HIV (PEP) gemacht?

*Format: single choice*

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## Psychische Gesundheit

### Wie zufrieden bist du insgesamt mit deinem Sexualleben?

*Format: single choice*

- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Neutral
- ☐ Zufrieden
- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.



**Hast du jemals unerwünschten sexuellen Kontakt erlebt, der dich heute noch belastet?**

*Format: single choice*

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Wie oft fühltest du dich in den letzten zwei Wochen nervös, ängstlich oder angespannt?**

*Format: single choice*

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ An einzelnen Tagen
- ☐ An mehr als der Hälfte der Tage
- ☐ Fast jeden Tag
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Wie oft warst du in den letzten zwei Wochen nicht in der Lage, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren?**

*Format: single choice*

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ An einzelnen Tagen
- ☐ An mehr als der Hälfte der Tage
- ☐ Fast jeden Tag
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Wie oft hattest du in den letzten zwei Wochen wenig Interesse oder Freude an deinen Tätigkeiten?**

*Format: single choice*

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ An einzelnen Tagen
- ☐ An mehr als der Hälfte der Tage
- ☐ Fast jeden Tag
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Wie oft hast du dich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen gefühlt, warst deprimiert oder hoffnungslos?**

*Format: single choice*

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ An einzelnen Tagen
- ☐ An mehr als der Hälfte der Tage
- ☐ Fast jeden Tag
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

## **Alkohol- und Substanzkonsum**

**Wie zufrieden bist du insgesamt mit deinem Alkohol- und Substanzkonsum?**

*Format: single choice*

- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Neutral
- ☐ Zufrieden
- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Hattest du jemals das Gefühl, dass du deinen Alkohol- oder Substanzkonsum reduzieren solltest?**

*Format: single choice*

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Hast du dich geärgert, weil andere Leute deinen Alkohol- oder Substanzkonsum kritisiert haben?**

*Format: single choice*

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Hattest du wegen deines Alkohol- oder Substanzkonsums schon einmal ein schlechtes Gewissen?**

*Format: single choice*

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Hattest du jemals das Bedürfnis, morgens als Erstes Alkohol zu trinken oder Drogen zu nehmen, um deine Nerven zu beruhigen oder einen Kater loszuwerden?**

*Format: single choice*

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Das möchte ich nicht sagen.

**Eine letzte Frage:**

## Hast du eine Frage für deine Beratung?

*Format: single choice + open text field*

☐ Ja

---

☐ Nein