

Kontakt nr: _____ Tel bostad: _____

ID-uppgifter: _____ Tel arbetet: _____

Namn: _____ Mobiltelefon: _____

Adress: _____ E-post: _____

	sexkontakt datum	samlag					
		oralt	vaginalt	analt	petting	skyddat	oskyddat
fast partner fr o m _____ t.o.m _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
återkommande kontakt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känd tillfällig kontakt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
okänd tillfällig kontakt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
flera sexkontakter samtidigt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga anteckningar: _____

Partnerbrev/remiss nr: _____ avsänt den _____	Provtagen _____ vid _____
Sm.spårare kontakter <input type="checkbox"/>	Resultat : pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>
Index kontakter <input type="checkbox"/>	
Index lämnar remiss <input type="checkbox"/>	Smittspårningshandling nr _____ upprättad
Index+kuratorkontakt <input type="checkbox"/>	
Ärendet överlämnat till smittskyddsläkaren datum _____	
Påminnelse skickad _____	

Kontakt nr: _____ Tel bostad: _____

ID-uppgifter: _____ Tel arbetet: _____

Namn: _____ Mobiltelefon: _____

Adress: _____ E-post: _____

	sexkontakt datum	samlag					
		oralt	vaginalt	analt	petting	skyddat	oskyddat
fast partner fr o m _____ t.o.m _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
återkommande kontakt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känd tillfällig kontakt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
okänd tillfällig kontakt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
flera sexkontakter samtidigt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga anteckningar: _____

Partnerbrev/remiss nr: _____ avsänt den _____	Provtagen _____ vid _____
Sm.spårare kontakter <input type="checkbox"/>	Resultat : pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>
Index kontakter <input type="checkbox"/>	
Index lämnar remiss <input type="checkbox"/>	Smittspårningshandling nr _____ upprättad
Index+kuratorkontakt <input type="checkbox"/>	
Ärendet överlämnat till smittskyddsläkaren datum _____	
Påminnelse skickad _____	