

# Dein PrEP-Check

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Information zum Thema PrEP  
gibt es in den bekannten  
Hamburger Schwerpunktpraxen und bei  
den genannten Beratungsstellen:**



**www.hamburg.de/casablanca  
040-42837-4104**



**www.heinfiete.de  
040-240333**



**www.aidshilfe-hamburg.de  
040-2351990**

**Du hast dich für die HIV-Präventionsmethode  
PrEP entschieden.**

Dieser PrEP-Check kann dir helfen, den Überblick über deine PrEP zu behalten. Regelmäßige HIV-Tests, Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen (STI) sowie weitere Laboruntersuchungen z.B. „GFR“ = Glomeruläre Filtrationsrate und Urinstix zur Überprüfung der Nierenfunktion gehören dazu. Bei den Gonokokken- und Chlamydien-Tests wird mithilfe eines Abstrichs im Darm („rektal“) oder im Rachen („pharyngeal“) oder mit einem Urintest („urethral“) festgestellt, ob eine Infektion vorliegt.

Nicht nur die regelmäßige Einnahme der Tabletten mit den Wirkstoffen Tenofovir und Emtricitabin macht eine PrEP aus, sondern auch regelmäßige Untersuchungen. Denn: wie bei allen Safer Sex Strategien gibt es immer ein Restrisiko. Zum Beispiel gibt es die diagnostische Lücke, in der ein HIV-Test eine frühe Infektion nicht zeigt. Außerdem schützen nur Kondome vor STI.

In diesem Dokument können alle Ergebnisse notiert werden, so dass du und deine Ärztin/dein Arzt immer Bescheid wisst.

**01**



*Titefoto: Martin E. Kautter*

## Hepatitis B (Serologie)

**HBs-Ag**  negativ

positiv

**Anti-HBc**  negativ

positiv

**Anti-HBs** (mIE/ml):

\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

## Hepatitis B-Impfung

1. \_\_\_\_\_  
Datum

2. \_\_\_\_\_  
Datum

3. \_\_\_\_\_  
Datum

**weitere:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Datum

02

Dein PrEP-Check

## Hepatitis C (Serologie)

**Anti-HCV**  negativ

positiv

\_\_\_\_\_  
Datum der Untersuchung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

**Anti-HCV**  negativ

positiv

\_\_\_\_\_  
Datum der Untersuchung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

**Anti-HCV**  negativ

positiv

\_\_\_\_\_  
Datum der Untersuchung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

03

**Hepatitis B**

**Hepatitis C**

## HIV-Test

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

04

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**Labor**

## Laboruntersuchungen

**Syphilis** (Serologie)  
Behandlungsbedürftig:

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

05

**Syphilis** (Serologie)  
Behandlungsbedürftig:

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

**Labor**

## HIV-Test

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

06

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**Labor**

## Laboruntersuchungen

**Syphilis** (Serologie)  
Behandlungsbedürftig:

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

07

**Syphilis** (Serologie)  
Behandlungsbedürftig:

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

**Labor**

## HIV-Test

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

08

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**HIV-Test**  
(4. Generation)

negativ  
 reaktiv

Datum der Untersuchung

Ärztliche Unterschrift / Stempel

**Labor**

## Laboruntersuchungen

**Syphilis** (Serologie)  
Behandlungsbedürftig:

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

09

**Syphilis** (Serologie)  
Behandlungsbedürftig:

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

nein     ja

**Gonokokken**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

**Chlamydien**

negativ     positiv:

rektal     urethral     pharyngeal

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

**Labor**

## Laboruntersuchungen

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

## Laboruntersuchungen

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

## Laboruntersuchungen

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

## Laboruntersuchungen

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

## Laboruntersuchungen

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

## Laboruntersuchungen

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

### GFR

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### Serum-Phosphat

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### U-Stix

\_\_\_\_\_ ml/min

normwertig  auffällig

### andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung

Unterschrift / Stempel

## **Erstberatung zur Präexpositionsprophylaxe**

**Umfassende Beratung gemäß den Zulassungsrichtlinien zu allen wesentlichen Aspekten einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)**

**16**

*Dein PrEP-Check*

Datum der Beratung

Unterschrift / Stempel

**Beratung**

## **Ggf. weitere Beratung zur Präexpositionsprophylaxe**

**Umfassende Beratung gemäß den Zulassungsrichtlinien zu allen wesentlichen Aspekten einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)**

**17**

*Dein PrEP-Check*

Datum der Beratung

Unterschrift / Stempel

Datum der Beratung

Unterschrift / Stempel

**Beratung**

**Ggf. weitere Beratung zur Präexpositionsprophylaxe**

**Umfassende Beratung  
gemäß den  
Zulassungsrichtlinien  
zu allen wesentlichen  
Aspekten einer  
HIV-Präexposi-  
tions-  
prophylaxe (PrEP)**

**18**

Datum der Beratung

Unterschrift / Stempel

**Beratung**

**Ggf. weitere Beratung zur Präexpositionsprophylaxe**

**Umfassende Beratung  
gemäß den  
Zulassungsrichtlinien  
zu allen wesentlichen  
Aspekten einer  
HIV-Präexposi-  
tions-  
prophylaxe (PrEP)**

**19**

Datum der Beratung

Unterschrift / Stempel

**Beratung**

# Tägliche Einnahme

## Einnahme

## Alternative Einnahme

## Einnahme

## Tägliche Einnahme

## Alternative Einnahme

## Tägliche Einnahme

# Einnahme

## Alternative Einnahme

## Einnahme

## Tägliche Einnahme

## Alternative Einnahme

## Tägliche Einnahme

## Einnahme

# Alternative Einnahme

## Einnahme

## Tägliche Einnahme

## Alternative Einnahme

# Mein nächster Termin

## Ausgabe / Code