Dotazník pro zájemce o vyšetření v gynekologické ambulanci pro trans muže

Jméno a příjmení:

Preferované oslovení (jméno, mužský/ženský rod, neutrum):

Datum narození:

Státní příslušnost:

Zdravotní pojišťovna a typ pojištění (cizinci):

Jméno vašeho sexuologa (pokud jste v péči):

Jméno vašeho gynekologa (pokud jste v péči):

Jaký druh tranzice u Vás probíhá/proběhl?

a) z ženy na muže **b) z muže na ženu**

Užívané léky (vč. hormonální léčby):

Operace provedené v procesu tranzice:

O jaký druh péče máte na našem pracovišti zájem?

a) **mám svého sexuologa a požaduji pouze gynekologické vyšetření**

b) **jsem po tranzici (operace, užívám hormony) a požaduji gynekologické vyšetření**

c) **nemám svého sexuologa, proces tranzice není zahájen, potřebuji kompletní sexuologickou péči vč. gynekologického vyšetření**

Vyplněný dotazník prosím odešlete na email: **sekr.so@fnbrno.cz**

Na jeho základě Vás budeme kontaktovat k domluvě termínu vyšetření.