

## **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:**

**Telefonní číslo:**

**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.