

## Provtagning för gonorré

Till: ..... Datum: .....

*En person som behandlats för gonorréinfektion har uppgivit sig ha haft sexuell kontakt med dig. Det finns risk för att även du kan ha denna infektion.*

Gonorré är en bakteriell infektion som smittar vid sexuell umgänge och ger flytningar och sveda från urinröret. I vissa fall kan gonorré orsaka sterilitet.

*Du ska snarast uppsöka läkare för undersökning. Kontakta närmaste ungdomsmottagning, barnmorskemottagning, könsmottagning eller hälsocentral för **kostnadsfri** undersökning, provtagning och eventuell behandling. Adresser och telefonnummer hittar du t ex på [www.umo.se/hitta-mottagning](http://www.umo.se/hitta-mottagning) eller [www.1177.se/Gavleborg/hitta-vard/](http://www.1177.se/Gavleborg/hitta-vard/). Du kan även kostnadsfritt beställa hem ett test via [www.klamydia.se](http://www.klamydia.se)*

**Du måste lämna ett prov senast: .....**

Tystnadsplikten för personalen är absolut och alla uppgifter som framkommer vid ditt besök är sekretesskyddade. Har du redan sökt läkare är vi tacksamma om du snarast kontaktar oss och informerar oss om detta.

*Du ska avhålla dig från sexuell kontakt till dess du är undersökt och eventuellt fått behandling.*

*Om du har några frågor med anledning av detta brev eller om du vill beställa tid hos oss för undersökning är du välkommen att ringa oss på **tel: 026-15 42 16***

Med vänlig hälsning

Namn: .....

Mottagning: ..... Telefon: .....

Enligt smittskyddslagen är vi skyldiga att ta reda på om du har sökt läkare. Ta med detta brev när du besöker en mottagning.

---

### Till vederbörande vårdgivare

Jag har idag undersökt nedanstående patient beträffande gonorré.

Patientens namn: ..... Personnr: .....

Vårdgivare: ..... Datum: .....

Mottagning:.....

### Vänligen återsänd talongen till:

Namn:.....

Mottagning inkl budstn:.....