

Frågeformulär sexualterapi

Innan du börjar

- Det här formuläret hjälper dig att förbereda det första samtalet och ger mig en första orientering. Det är frivilligt att fylla i.
- Svara bara på det du vill dela skriftligt. Varje fråga kan lämnas tom och tas upp i samtalet i stället.
- Du kan fylla i formuläret på skärmen eller utskrivet och ta med det till det första samtalet. Skicka det helst inte med okrypterad e-post.
- Alla uppgifter omfattas av min tystnadsplikt. Formuläret är inget samtycke; information om behandlingsramar och dataskydd får du separat.
- Vid akut kris: ring 112. Du kan också ringa 1177 eller Mind Självmodslinjen 90101.
- Kommer ni som par fyller helst var och en i ett eget formulär. Frågor om intima erfarenheter är särskilt frivilliga – du bestämmer hur mycket du delar skriftligt.

1. Uppgifter om dig

Namn

Födelsedatum

Telefon

E-post

Bostadsort och land

Önskat språk

☐ svenska ☐ tyska ☐ engelska

Önskad form

☐ på mottagningen i Stockholm ☐ online ☐ ännu öppet

Du kommer

☐ ensam ☐ som par ☐ ännu öppet

2. Din fråga

Vad vill du ta upp i sexualterapi?

Sedan när har det upptagit dig?

Uppstår det alltid eller bara i vissa situationer?

☒ alltid ☐ i vissa situationer ☐ varierande

Hur mycket belastar det dig just nu?

inte alls ☒ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 mycket starkt

Vad har du provat hittills?

3. Kropp och hälsa

Många sjukdomar, läkemedel och livsfaser påverkar sexualiteten. Uppgifterna hjälper till vid bedömningen.

Har du kroppsliga sjukdomar eller besvär?

Tar du regelbundet läkemedel eller hormoner? I så fall vilka?

Finns det livsfaser som spelar in just nu?

☐ graviditet/förlossning ☐ klimakteriet ☐ barnönskan
☐ sjukdom/operation ☐ inga

Har kroppsliga orsaker redan utretts medicinskt (t.ex. gynekologiskt, urologiskt)?

☐ ja ☐ nej ☐ delvis

4. Lust, upphetsning och kroppsupplevelse

Vad upptar dig? (flera svar möjliga)

☐ förändrad lust ☐ upphetsning ☐ erektion
☐ fuktighet ☐ orgasm ☐ smärta
☐ kroppsuppfattning ☐ svårstyrt sexuellt beteende ☐ annat

Vill du beskriva något mer?

5. Sexualitet i relationen

Fyll bara i om du lever i en relation.

Hur länge har relationen funnits?

Hur skulle du beskriva er sexualitet just nu?

Hur pratar ni med varandra om önskemål och gränser?

Hur nöjd är du med intimiteten i er relation?

inte alls ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 mycket

6. Sexuell utveckling

Stödord räcker. Vi kan fördjupa det i samtalet.

Hur pratade man om kropp och sexualitet i din familj – eller teg om det?

Vilka budskap om sexualitet har präglat dig?

7. Identitet och relationsform

Beskriv dig så som det stämmer för dig. Du kan också lämna avsnittet tomt.

Hur beskriver du din sexuella läggning, din könsidentitet och din relationsform?

8. Gränser och trygghet

Finns det erfarenheter av gränsöverskridanden eller våld som bör beaktas i terapin?

☐ nej ☐ ja ☐ vill hellre ta upp det i samtalet

Detaljer behövs inte här. Om du känner dig hotad eller pressad just nu: ring 112 eller Kvinnofridslinjen 020-50 50 50.

9. Resurser, förväntningar och mål

Vad upplever du som behagligt eller stärkande när det gäller närhet och sexualitet?

Vad vill du ska förändras genom sexualterapi?

Har du önskemål, frågor eller farhågor kring terapin?

10. Avslutning

Finns det något mer jag bör veta inför vårt första samtal?

Datum