

# PrEP (PRÄ-EXPOSITIONSPROPHYLAXE)



Praxis Schwabstraße 26  
Infektiologie und  
hausärztliche Versorgung

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten eine PrEP mit Emtricitabine/Tenofoviridisoproxil durchführen, um sich vor einer HIV-Infektion zu schützen. Bitte lesen Sie sich während der Wartezeit die folgenden Informationen, damit wir während des Beratungsgesprächs darauf eingehen können.

### Was ist PrEP?

Die Abkürzung PrEP steht für Prä-Expositions-Prophylaxe. Sie ist eine Methode, mit der die HIV-Ansteckungsgefahr durch das Medikament Tenofoviridisoproxil/Emtricitabin gesenkt werden kann. Sie soll nur von HIV-negativen Personen, die ein erhebliches HIV-Risiko haben, eingenommen werden.

### Wie wirkt die PrEP?

Die PrEP verhindert in ca. 80% der Fälle eine HIV-Übertragung, indem sie das übertragende Virus inaktiviert. Die PrEP allein kann eine HIV-Infektion jedoch nicht zu 100% senken, außerdem verhindert sie nicht die anderen Geschlechtskrankheiten wie Tripper, Syphilis, Chlamydien und Hepatitis. Deshalb wird die PrEP zusätzlich zu anderen Methoden (z. B. Kondome) empfohlen.

### Kann PrEP mir schaden?

Im Wesentlichen gibt es zwei Befürchtungen: Bei einer bestehenden HIV-Infektion ist das Medikament zu schwach, das HI-Virus kann Resistenzen entwickeln, die eine weitere HIV-Therapie schwieriger macht.

Außerdem kann sich manchmal die Nierenfunktion verschlechtern, was früh erkannt werden muss. Weitere eher seltene Nebenwirkungen sind eine Verschlechterung der Knochendichte, eine Beeinträchtigung der Leberzellen, Übelkeit, Durchfall und Kopfschmerzen.

### Wie wird die PrEP eingenommen?

Eine Tablette Tenofoviridisoproxil/Emtricitabin soll täglich möglichst regelmäßig zur gleichen Tageszeit eingenommen werden. Nach Möglichkeit mit einer Mahlzeit. Falls Sie weitere Medikamente einnehmen müssen, besprechen Sie dies mit uns. Für andere Einnahmeformen, zum Beispiel die Einnahme bei Bedarf („on demand“) ist das Medikament in Deutschland nicht zugelassen.

### Was wir mit PrEP erreichen wollen

Wir wollen, dass Sie sich besser gegen HIV schützen können.

Wir wollen, dass die PrEP bei Ihnen keine Schäden anrichtet.

Wir wollen, dass andere sexuell übertragbare Krankheiten bei Ihnen vermieden oder schneller behandelt werden.

### Kosten

Die Kosten der PrEP und der notwendigen Untersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen und den meisten privaten Krankenversicherungen übernommen. Kosten entstehen für das Medikament, für die Laboruntersuchungen und für die ärztliche Behandlung. **Insgesamt entstehen Kosten von über 1000 Euro pro Jahr.**

# Fragebogen PrEP



Praxis Schwabstraße 26  
Infektiologie und  
hausärztliche Versorgung

			JA	NEIN
NAME:	GEBURTSDATUM:			
Ist bei Ihnen eine HIV-Infektion bekannt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine Geschlechtskrankheit (z. B. Syphilis, Tripper, Hepatitis, Chlamydien-Infektion)? Wenn <b>JA</b> , was und wann?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Erkrankung der Leber (z. B. mit Gelbsucht)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Nierenkrankheit bekannt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten <b>6 Wochen</b> ungeschützten Analverkehr ohne Kondom?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten <b>6 Monaten</b> ungeschützten Analverkehr ohne Kondom?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planen Sie in den nächsten <b>6 Monaten</b> ungeschützten Analverkehr ohne Kondom?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten <b>6 Monaten</b> ungeschützten Sex mit verschiedenen Personen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Sexualverkehr mit einem HIV-positiven Partner, der keine HIV-Medikamente nimmt oder dessen Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauchen Sie intravenöse Drogen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen bei Ihnen irgendwelche Gesundheitsstörungen vor oder sind chronische Krankheiten bekannt? Wenn <b>JA</b> , welche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn <b>JA</b> , welche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in der Vergangenheit gegen Hepatitis A und/oder B geimpft? Wenn <b>JA</b> , wann?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn <b>JA</b> , welche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Einverständniserklärung für PrEP

Ich bin mit den Einzelheiten der PrEP mit Tenofoviridisoproxil/Emtricitabine in vorgenannter Form einverstanden und durch

\_\_\_\_\_ ausführlich und im persönlichen Gespräch aufgeklärt worden.  
Name des Arztes

Mir wurden die möglichen Nebenwirkungen des Medikaments, die Notwendigkeit der Untersuchungen ausreichend erklärt. Meine Fragen dazu wurden beantwortet. Hiermit beauftrage ich die Praxis Dr. Roll & Dr. Marquardt bei mir die Betreuung der PrEP durchzuführen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin

## Honorarvereinbarung für Privatpatienten

Name private Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Die Kosten von über 1.000 EUR/Jahr wurden mir ausreichend erklärt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient