

VRAGENLIJST URINEONDERZOEK

Naam:M / V

Geboortedatum:.....

Datum opvangen urine:.....tijd:.....

Hoelang bestaan de klachten al?

Herkent u de klachten? ja / nee

Heeft u pijn/branderig gevoel na het plassen? ja / nee

Moet u vaak plassen? ja / nee

Kleine beetjes plassen? ja / nee

Heeft u pijn in de onderbuik ja / nee

Heeft u koorts? ja / nee

Heeft u rillingen/gevoel van ziek zijn? ja / nee

Heeft u pijn in uw zij en/of rug? ja / nee

Is dit een controle na een antibiotica kuur? ja / nee

Hoe vaak heeft u de afgelopen 12 maanden een urineweginfectie gehad?

.....
Bent u zwanger? ja / nee

Heeft u een allergie voor antibiotica? ja / nee

Heeft u Diabetes Mellitus (suikerziekte)? ja / nee

Heeft u een catheter? ja / nee

Heeft u afwijkingen aan de urinewegen? ja / nee

Heeft u risico op een geslachtsziekte? ja / nee

Voor vrouwen: heeft u vaginale irritatie, toename afscheiding? ja / nee

Heeft u andere klachten dan boven aangegeven?
.....

Indien u iemand anders contact met ons laat opnemen over de uitslag dient hier toestemming voor gegeven te worden.

Hierbij geef ik toestemming om de uitslag door te geven aan

HANDTEKENING:.....DATUM.....