

**URINEFORMULIER**

datum:

Naam:

m / v

Geboortedatum:

gewicht (bij kinderen): ..... kg

Telefoonnummer:

Huisarts:

E-mailadres:

LSP akkoord: ja / nee \*

\*(medisch dossier bekend bij huisartsenpost)

	Vraag	Antwoord omcirkelen
1	Heeft u uw 1 <sup>e</sup> ochtendurine ingeleverd? Zo nee, graag specificeren:	Ja / nee
2	Hoe lang heeft u klachten?	..... dagen
3	Heeft u pijn bij het plassen?	Ja / nee
4	Moet u vaker kleine beetjes plassen?	Ja / nee
5	Herkent u de klachten van een eerdere blaasontsteking?	Ja / nee
6	Heeft u nog andere klachten? Zo ja, welke:	Ja / nee
7	Heeft u recent (tot twee weken geleden) een blaasontsteking gehad? Zo ja, wanneer:	Ja / nee
8	Heeft u koorts? Zo ja, ..... graden	Ja / nee
9	Heeft u pijn in de flanken of (bij mannen) pijn bij zitten?	Ja / nee
10	Voelt u zich ziek?	Ja / nee
11	Heeft u een afwijking aan de nieren of blaas?	Ja / nee
12	Heeft u een blaaskatheter?	Ja / nee
13	Heeft u recent chemotherapie gehad of gebruikt u dagelijks prednison?	Ja / nee
14	Heeft u suikerziekte?	Ja / nee
15	Zou u een SOA (seksueel overdraagbare aandoening) kunnen hebben?	Ja / nee
16	Bent u allergisch voor antibiotica? Zo ja, welke:	Ja / nee

Alleen in te vullen door vrouwen:

	Vraag	Antwoord omcirkelen
17	Bent u zwanger?	Ja / nee
18	Geeft u borstvoeding?	Ja / nee
19	Menstrueert u momenteel?	Ja / nee
20	Heeft u vaginale afscheiding die anders is dan u gewend bent?	Ja / nee
21	Heeft u last van vaginale jeuk?	Ja / nee