

Naam: _____ m/v

Geboortedatum: _____

Controle na kuur? Ja/Nee

(Indien géén klachten bent u nu klaar met invullen)

Wat voor klachten heeft u:

Hoe lang bestaan de klachten?

Pijn of branderig gevoel bij plassen? Ja/Nee

Loze aandrang? Ja/Nee

Pijn in de onderbuik? Ja/Nee

Pijn in de (onder) rug? Ja/Nee

Koorts, rillingen? Ja/Nee Zo ja, hoe hoog?

.....

Toename frequentie plassen? Ja/Nee

Heeft u vaker een blaasontsteking gehad? Ja/Nee Zijn de klachten

herkenbaar? Ja/Nee

Heeft u een afwijking aan nieren of urinewegen? Ja/Nee Zo ja, welke afwijking?

.....

Heeft u een katheter, of onlangs gehad? Ja/Nee

Heeft u suikerziekte? Ja/Nee

Bent u allergisch voor antibiotica? Ja/Nee

Zo ja, welke?

Is er kans op een SOA? Ja/Nee

Tijdstip afname urine : uur.

Urine binnen 2 uur na afname ingeleverd of bewaard in de koelkast? Ja/Nee

Voor vrouwen: Bent u zwanger? Ja/Nee, zo ja, hoe lang bent u zwanger?
..... weken

Menstrueert u momenteel? Ja/Nee