

Urine onderzoek Huisartsenpraktijk Bruinisse

Naam: Dhr./Mw..... Datum:.....
Adres:.....
Geb. datum:.....
Telefoonnummer:.....
Huisarts:.....

- Brengt u ochtendurine? ja / nee
- Denkt u een blaasontsteking te hebben of iets anders?
ja / iets anders, namelijk.....
- Heeft u dit jaar eerder urineweginfecties gehad ?
ja / nee Hoeveel:.....
- Controle na antibioticakuur? ja / nee
- Heeft u klachten van pijn bij het plassen?
ja / nee / weinig / veel
- Moet u vaak kleine beetjes plassen?
ja / nee
- Heeft u klachten van pijn in de onderbuik?
ja / nee / weinig / veel
- Heeft u pijn in de rug/flanken? ja / nee
- Heeft u branderig gevoel bij het plassen?
ja / nee
- Heeft u bloed in de urine? ja / nee
- Heeft u koorts? ja / nee Temp:.....
- Heeft u last van vaginale afscheiding?
ja / nee

Overige vragen:

- Menstruatie? ja / nee
- Zwangerschap? ja / nee (wk.....)
- Diabetes? ja / nee
- Afwijkingen aan de nieren? ja / nee
- Katheter? ja / nee
- Allergie voor antibiotica? ja / nee Welke?

Aanvullende informatie:

.....
.....