Huisartspraktijk Storm de Grave
Vragenlijst urine onderzoek:

NAAM: **DHR / MEVR** **Geboortedatum:**

VRAGEN:

Is de urine ouder dan 2 uur	**ja**	☐	**nee**	☐
Heeft u pijn bij het plassen	**ja**	☐	**nee**	☐
Heeft u pijn in de onderbuik	**ja**	☐	**nee**	☐
Heeft u pijn in de rug/flanken	**ja**	☐	**nee**	☐
Heeft u last van afscheiding of vaginale jeuk	**ja**	☐	**nee**	☐
Moet u vaker plassen dan normaal	**ja**	☐	**nee**	☐
Wanneer zijn de klachten begonnen				
Heeft u koorts	**ja**	☐	**nee**	☐
Herkent u de klachten van blaasontsteking	**ja**	☐	**nee**	☐
Bent u allergisch voor bepaalde antibiotica	**ja**	☐	**nee**	☐
Bent u zwanger of zou u zwanger kunnen zijn	**ja**	☐	**nee**	☐
Indien ja hoeveel weken				
Geeft u borstvoeding	**ja**	☐	**nee**	☐
Heeft kans op een SOA	**ja**	☐	**nee**	☐

Urine Uitslag:

Mededeling/bespreking Arts: