

URINEFORMULIER

Datum:

Nacontrole: ja / nee

Gegevens patiënt:

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

Huisarts:

Heeft u pijn / branderig gevoel bij het plassen? Ja / nee

Moet u vaker plassen dan normaal? Ja / nee

Heeft u andere klachten, zoals rug- of buikpijn?
Zo ja, welke? Ja / nee

Bent u bekend met chronische ziekte (bv. suikerziekte / nierziekte)
Zo ja, welke? Ja / nee

Heeft u wel eens blaasontsteking gehad?
Zo ja, wanneer was dit? Ja / nee

Bent u overgevoelig voor bepaalde medicijnen?
Zo ja, welke? Ja / nee

ALLEEN VOOR VROUWEN:

Menstrueert u op dit moment? Ja / nee

Heeft u last van vaginale jeuk? Ja / nee

Bent u zwanger? Ja / nee
Zo ja, hoe lang? ... maanden / ... weken

UITSLAG:

Stick: Ph

Glucose

Ketonen

Leuko's

Nitriet

Eiwit

Bloed

Dipslide:

Sediment: