Vragenlijst urineonderzoek

Naam: _____ **M / V**

Geboortedatum: _____

Naam van uw huisarts: _____

Hoeveel dagen heeft u deze klachten al? _____ dagen	
Plast u steeds kleine beetjes?	☐ Ja ☐ Nee
Moet u vaak plassen?	☐ Ja ☐ Nee
Doet plassen pijn?	☐ Ja ☐ Nee
Heeft u pijn onder in uw buik?	☐ Ja ☐ Nee
Heeft u pijn in uw zij of rug?	☐ Ja ☐ Nee
Is dit een controle na een kuur (korter dan 2 weken geleden)?	☐ Ja ☐ Nee
Bent u na deze antibioticakuur klachtenvrij geweest?	☐ Ja ☐ Nee
Heeft u koorts? Zo ja, wat is uw temperatuur? ____ graden	☐ Ja ☐ Nee
Voelt u zich ziek?	☐ Ja ☐ Nee
Heeft u suikerziekte?	☐ Ja ☐ Nee
Heeft u eerder een blaasontsteking gehad?	☐ Ja ☐ Nee
Bent u allergisch voor antibiotica? Zo ja, welke? _____	☐ Ja ☐ Nee
Denkt u dat u een geslachtsziekte (soa) kunt hebben?	☐ Ja ☐ Nee
Als het nodig is: gaat u akkoord met extra onderzoek dat u zelf moet betalen via uw eigen risico? Bijvoorbeeld een kweek in het ziekenhuis.	☐ Ja ☐ Nee
Alleen voor vrouwen	
Bent u nu ongesteld?	☐ Ja ☐ Nee
Bent u zwanger? Zo ja, hoeveel weken? _____weken	☐ Ja ☐ Nee
Geeft u borstvoeding?	☐ Ja ☐ Nee
Heeft u jeuk of irritatie in de vagina?	☐ Ja ☐ Nee
Alleen voor mannen	
Komt er vocht of pus uit uw penis?	☐ Ja ☐ Nee
Alleen voor kinderen	
Wat is het gewicht? _____ kilo	