

Urineonderzoek

Naam:

Geboortedatum:

Apotheek:

Datum:

Voor kinderen jonger dan 12 jaar a.u.b. gewicht invullen:.....kg

Hoelang heeft u al klachten:

Tijdstip opgevangen urine:

Heeft u de urine koel bewaard? Ja Nee

Heeft u een allergie voor antibiotica? Ja Nee

Indien ja, welke:

Graag alle vragen te beantwoorden door ja of nee aan te kruisen

Ja Nee

- Ik vermoed dat ik een blaasontsteking heb
- Ik lever urine in voor een controle na een antibioticakuur
- Ik lever urine in n.a.v. het spreekuur
- Ik ben weken zwanger
- Ik geef borstvoeding
- Ik menstrueer op dit moment
- Ik heb een verblijfskatheter

Wat zijn uw klachten? Gelieve alle vragen te beantwoorden.

Ja Nee

- Ik herken de klachten van een eerdere urineweginfectie
- Vaak kleine beetjes plassen of aandrang om te plassen, zonder dat er wat komt
- Pijn/branderig gevoel bij en/of na het plassen
- Incontinentie
- Pijn in de rug, zij of flanken
- Pijn in de onderbuik
- Bloed bij de urine
- Gevoel van ziek-zijn
- Koorts (temp. hoger dan 38,5 graden)
temperatuur: Rectaal Oraal Oor Oksel
- Rillingen (koude)
- Veranderde vaginale afscheiding of irritatie
- Kan er sprake zijn van een SOA?
 Ja Nee
- Andere klacht of reden:
.....

Neem dit formulier uitgeprint mee of start een E-consult en voeg als bijlage toe

Voor de uitslag kunt u vanmiddag tussen 13.00-15.30uur bellen. 050-5772060