Naam:

Geboortedatum:

Huisarts:

Brengt u

* Ochtendurine (dit is de 1e urine van de dag)  ja  neen
* Gewassen plas (gewassen en 1e deel urine in toilet)  ja  neen
* Catheter urine  ja  neen

Tijdstip waarop u de urine hebt opgevangen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uur

Tijdstip waarop u de urine brengt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uur

Betreft het een controle van de urine of betreft het klachten?

Controle  ja  neen

Klachten  ja  neen

Indien klachten:

 pijn/branderig bij plassen  vaak plassen

 kleine beetjes plassen  bloed in de urine

 urine verlies (incontinentie)  pijn in uw onderbuik

 anders:

**Maak een afspraak op het spreekuur indien**:

 pijn in uw zij  koorts, koude rillingen  ziek voelen

**Maak ook een afspraak indien**

 man  kind

Hoe lang hebt u klachten?

Heeft u het afgelopen jaar vaker een blaasontsteking gehad?  ja  neen

Heeft u een nierziekte?  ja  neen

Bent u onder behandeling van een uroloog (geweest)?  ja  neen

Heeft u suikerziekte?  ja  neen

Bent u zwanger?  ja  neen

Geeft u borstvoeding?  ja  neen

Bent u momenteel ongesteld?  ja  neen

Bent u allergisch voor bepaalde antibiotica?  ja  neen

 Zo ja: voor welke?

---------------------------------------------------------------------------------------------------

In te vullen door assistente:

* Naam assistente
* Datum
* Tijdstip van nakijken urine \_\_\_\_\_\_\_\_ uur

Urine: Algemeen troebel/helder

(afwijkende) kleur:

Stick Leuko’s

Nitriet

Indien lange strip: positieve uitslag voor:

Allergie antibiotica in dossier?