

ALLEEN VOLLEDIG INGEVULD, KAN DE URINE GECONTROLEERD WORDEN

Naam :

Geboorte datum:-.....-.....

Tijd van opvangen urine::..... uur

- Vaak plassen Ja/Nee
- Pijn bij het plassen Ja/Nee
- Kleine beetjes plassen Ja/Nee
- Pijn in : buik / zij / rug
- Wel / geen koorts, zo ja hoe hoog?
..... graden.
- Bloed in de urine Ja/Nee
- Sinds wanneer heeft u klachten?
..... dagen/weken/maanden
- Menstrueert u Ja/Nee
- Bent u zwanger Ja/Nee
Zo ja; hoeveel weken: weken
- Controle op eigen verzoek Ja/Nee
- Controle op verzoek huisarts Ja/Nee
- Controle na kuur Ja/Nee
- Verdenking SOA Ja/Nee
- Overige klachten:

.....

.....