

Patiënten formulier voor urineonderzoek

Datum :
 Naam : m/v
 Adres :
 Geboortedatum :

- *Tijdstip wanneer u de urine hebt opgevangen? uur
- *Denkt u een blaasontsteking te hebben of iets anders? Ja / Nee
 namelijk:
- *Heeft u klachten van pijn in de onderbuik/rug Ja / Nee
- *Heeft u pijn bij het plassen Ja / Nee
- *Moet u vaak kleine beetjes plassen? Ja / Nee
- *Hoe lang bestaan deze klachten?.....
- *Heeft u koorts (is boven 38.0) Ja / Nee
- *Heeft u last van koude rillingen? Ja / Nee
- * Heeft u de laatste 3 maanden medicatie gebruikt voor een urineweginfectie? Ja / Nee
- *Is het mogelijk dat u een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) heeft? Ja / Nee

Alleen voor vrouwen

- *Bent u zwanger? Zo ja, hoeveel weken? .. weken
- *Menstrueert u nu? Ja / Nee

In te vullen door de doktersassistente:

- Nitriet Pos / Neg
- Leuko's Pos / Neg
- Ery's Pos / Neg
- Sediment
- Aantal leuko's
- Aantal ery's
- Bacteriën