**Gelieve uw urine inleveren vóór 10:00 uur**

**URINEFORMULIER Datum:**

**Naam: M / V**

**Geboortedatum: Gewicht (bij kinderen): ….…… kg**

**Telefoonnummer: Huisarts:**

**E-mailadres: LSP\* akkoord: ja/nee**  \*(medisch dossier bekend bij huisartsenpost)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vraag** | **Omcirkelen**  **wat van toepassing is** |
| 1 | Levert u urine in op eigen verzoek?  Zo ja, waarom:......................................................................................... | Ja/ nee |
| 2 | Brengt u urine op verzoek van de dokter? | Ja/ nee |
| 3 | Heeft u uw 1e ochtendurine ingeleverd?  Zo nee, graag specificeren:………………………………………………………………….. | Ja / nee |
| 4 | Hoe lang heeft u klachten? | …… dagen |
| 5 | Heeft u pijn bij het plassen? | Ja / nee |
| 7 | Moet u vaker kleine beetjes plassen? | Ja / nee |
| 8 | Herkent u de klachten van een eerdere blaasontsteking? | Ja / nee |
| 9 | Heeft u nog andere klachten?  Zo ja, welke:…………………………………………………..……………………………………. | Ja / nee |
| 10 | Heeft u recent (tot twee weken geleden) een blaasontsteking gehad?  Zo ja, wanneer: | Ja / nee |
| **11** | **Heeft u koorts? Zo ja, …… graden** | **Ja / nee** |
| **12** | **Heeft u pijn in de flanken of (bij mannen) pijn bij zitten?** | **Ja / nee** |
| **13** | **Voelt u zich ziek?** | **Ja / nee** |
| 14 | Heeft u een afwijking aan de nieren of blaas? | Ja / nee |
| 15 | Heeft u een blaaskatheter? | Ja / nee |
| 16 | Heeft u recent chemotherapie gehad of gebruikt u dagelijks prednison? | Ja / nee |
| 17 | Heeft u suikerziekte? | Ja / nee |
| 18 | Zou u een SOA (seksueel overdraagbare aandoening) kunnen hebben? | Ja / nee |
| 19 | Bent u allergisch voor antibiotica?  Zo ja, welke: ……..………………………………………………….……………………………. | Ja / nee |

Alleen in te vullen door vrouwen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vraag** | **Antwoord omcirkelen** |
| 20 | Bent u zwanger? | Ja / nee |
| 21 | Geeft u borstvoeding? | Ja / nee |
| 22 | Menstrueert u momenteel? | Ja / nee |
| 23 | Heeft u vaginale afscheiding die anders is dan u gewend bent? | Ja / nee |
| 24 | Heeft u last van vaginale jeuk? | Ja / nee |

***In te vullen door Huisartsen Dudokplein:***

Kleine stick:

Dip: Ja / nee Tijd:

Sediment: Ja / nee Arts: