**Urine onderzoek** 

Datum:

Naam: geboorte datum : telefoonnummer:

Apotheek de Schelft /anders: ……….

Pijn/branderig bij het plassen? ja/nee

Vaak plassen? ja/nee

Koorts? ja/nee zo ja, hoe hoog?

Zwangerschap? ja/nee ……….weken

Pijn in de (onder)rug? ja/nee

Pijn in de zij? Ja/nee

Menstruatie? ja/nee

Heeft u een blaascatheter? ja/nee

Hoe laat is de urine opgevangen? …………

Urine in de koelkast bewaard? ja/nee

Urineweginfecties in 1 jaar? ja/nee Hoe vaak?

Is dit controle na kuur? ja/nee Datum laatste tablet……

Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen? ja/nee Welke…………………………

Bent u onder controle van de trombosedienst? ja/nee

Zijn er andere klachten? ja/nee Welke…………………………

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------Voor de assistente

Nitriet+/- Leuco’s Ery’s Eiwit

Kweek inzetten ja/nee

Sediment ………………………….

Antibiotica ja/nee Welke………………………………….