

URINE SCREENING (ANAMNESE FORMULIER VOOR DE PATIËNT)

WIJ bellen u terug voor de uitslag!

- Datum van de dag:.....
- Naam:..... (meneer / mevrouw / kind <12)
- Geboortedatum:.....
- Telefoon nummer:.....
- Mobiel nummer:.....

Graag omcirkelen/invullen wat van toepassing is:

- Betreft controle na kuur JA / NEE
- Eerste urine 's ochtends? JA / NEE
- Heeft de urine langer dan 3 uur in de blaas gezeten JA / NEE
- In koelkast bewaard? JA / NEE
- Hoe laat is de urine opgevangen?.....
- Hoe lang bestaan de klachten?.....

- Pijn/brandig gevoel bij plassen JA / NEE
- Kleine beetjes plassen/loze aandrang JA / NEE
- Vaak plassen JA / NEE
- Pijn in de rug /onderbuik JA / NEE
- Bloed bij urine JA / NEE

- Vaginale klachten/andere afscheiding JA / NEE / NVT
- Ongerst over SOA JA / NEE / NVT
(seksueel overdraagbare aandoening)
- Menstruatie op dit moment JA / NEE / NVT
- Zwanger? JA / NEE / NVT
- Aantal weken zwanger.....
- Geeft u borstvoeding? JA / NEE / NVT
- Bekend met prostaatklachten JA / NEE / NVT

- Bekend met nierstenen/blaasklachten JA / NEE
- Pijn in flank/rond anus JA / NEE
- Blaaskatheter JA / NEE
- Koorts? JA / NEE
- Hoe hoog is de koorts.....
- Koude rillingen/braken JA / NEE
- Suikerziekte? JA / NEE

- Heeft u een allergie voor antibiotica? Zo ja welke:.....
- Opmerkingen:.....
.....
.....