

Urine formulier:

Datum: _____

Naam: _____ M/V _____

Geboorte datum: _____

Klachten:

Klachten sinds: _____

Buikpijn?: _____

Vaak plassen?: _____

Koorts?: _____

Bent u diabeet?: _____

Bent u bekend met blaas/nier problemen?: _____

Allergie voor antibiotica?: _____

Laatste blaasontsteking: _____

Menstrueert u nu? _____

Zwanger?: _____

Kinderwens?: _____

Is er een risico op een SOA (geslachtsziekte) ? Ja / Nee