

Naam:

M / V

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Wat zijn de klachten?

- | | |
|---|----------|
| 1. Pijn of branderig gevoel bij plassen? | ja / nee |
| 2. Vaker plassen dan normaal? | ja / nee |
| 3. Pijn in de buik of zij of bilnaad? | ja / nee |
| 4. Hevige pijn in aanvallen en niet stil kunnen zitten? | ja / nee |
| 5. Heeft u koorts (> 38,0)? | ja / nee |
| 6. Voelt u zich ziek of verward? | ja / nee |
| 7. Herkent u klachten van een eerder blaasontsteking? | ja / nee |
| 8. Geen klachten? | ja / nee |

Wat is de reden voor onderzoek?

- | | |
|--|-------------------------|
| 9. Klachten die kunnen passen bij een blaasontsteking? | ja / nee / weet ik niet |
| 10. Herkent u klachten van eerdere urineweginfectie? | ja / nee |
| 11. Controle na antibioticakuur? | ja / nee |
| 12. Onderzoek i.v.m. verdenking nierstenen? | ja / nee / weet ik niet |
| 13. Andere reden voor onderzoek? | ja / nee / weet ik niet |
| Zo ja, welke reden | |

Aanvullende vragen:

- | | |
|---|-------------------------|
| 14. Heeft u een blaaskatheter? | ja / nee |
| 15. Heeft u suikerziekte? | ja / nee |
| 16. Heeft u een afwijking aan de blaas, nieren of prostaat? | ja / nee |
| 17. Gebruikt u medicijnen die invloed hebben op uw weerstand?
(zoals bijvoorbeeld chemotherapie of medicatie voor reuma) | ja / nee / weet ik niet |
| 18. Is er sprake van een allergie of overgevoeligheden?
Zo ja, welke | ja / nee / weet ik niet |
| 19. Zou u een SOA kunnen hebben? | ja / nee / weet ik niet |

Alleen in te vullen door vrouwen:

- | | |
|--|----------|
| 20. Bent u nu ongesteld? | ja / nee |
| 21. Bent u zwanger? Of denkt u zwanger te kunnen zijn? | ja / nee |
| 22. Geeft u borstvoeding? | ja / nee |
| 23. Heeft u vaginale klachten? Of andere afscheiding? | ja / nee |

Alleen in te vullen door mannen:

- | | |
|--|----------|
| 24. Komt er pus of waterig vocht uit de penis? | ja / nee |
|--|----------|