Naam: Dhr/Mevr Geboortedatum: Tel:

**Wat zijn de klachten?**

* Pijn of branderig gevoel bij plassen
* Vaker plassen dan normaal
* Loze aandrang
* Pijn in de buik of zij of bilnaad
* Bloed bij de urine
* Hevige pijn in aanvallen en niet stil kunnen zitten
* Koorts (>38.0)
* Voelt zich ziek of verward
* Herkent u de klachten van een eerdere blaasontsteking
* Geen klachten
* Andere klachten

Zo ja, welke …........................................................................................................................

**Wat is de reden voor urineonderzoek**

* Klachten die mogelijk wijzen op een blaasontsteking
* Herkenning van klachten van eerder bewezen blaasontsteking
* Controle na een antibioticakuur
* Onderzoek i.v.m. (verdenking) nierstenen
* Andere reden voor urineonderzoek

Zo ja, welke reden ….............................................................................................................

**Aanvullende vragen**

Heeft u een blaaskatheter? Ja/Nee

Heeft u ooit nierstenen gehad? Ja/Nee

Heeft u (aangeboren) afwijking aan de nier Ja/Nee

Gebruikt u medicijnen die invloed hebben op uw weerstand? Ja/Nee

(Zoals bv chemotherapie of medicatie voor reuma)

Heeft u diabetes (suikerziekte) Ja/Nee

Is er sprake van Allergie en overgevoeligheden? Ja/Nee

Zo ja, welke ….....................................................................................….............................................

Bent u behandeld met een antibioticakuur voor een urineweginfectie? Ja/Nee

Is er een kans dat u een SOA heeft? Ja/Nee

***Alleen in te vullen voor vrouwelijke patiënten***

Menstrueert u op dit moment? Ja/Nee

Bent u zwanger? Of denkt u zwanger te kunnen zijn? Ja/Nee

Geeft u borstvoeding? Ja/Nee

Heeft u vaginale klachten? Of andere afscheiding? Ja/Nee

***Alleen in te vullen voor mannelijke patiënten***

Komt er pus of waterig vocht uit de penis? Ja/Nee