**Vragenlijst Urineweginfectie/ blaasontsteking**

(antwoord weghalen wat NIET van toepassing is)

Naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Man/ Vrouw

Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Woonplaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorte datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Klachten**:

Vaak plassen? Ja/ Nee

Kleine beetjes plassen? Ja/ Nee

Pijn bij het plassen? Ja/ Nee

Branderig gevoel bij het plassen? Ja/ Nee

Koorts? > 38.5 Ja/ Nee

Eerder een blaasontsteking gehad Ja/ Nee

Ziekte van nieren of urinewegen? Ja/ Nee

Allergisch voor antibiotica? Ja/ Nee

Ongewild urineverlies? Ja/ Nee

Verwardheid Ja/ Nee

Duur van de klachten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Overige klachten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoe laat heeft u uw urine opgevangen?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bijzonderheden:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Vrouwen**

Menstrueert u op dit moment? Ja/ Nee

Bent u zwanger? Ja/Nee

Vaginale klachten zoals afscheiding/jeuk? Ja/Nee

**COMBUR 7 STICK ( in te vullen door de doktersassistente)**

pH ………………………………………………………………

Gluc ………………………………………………………………

Ket ………………………………………………………………

Leu ………………………………………………………………

Nit ………………………………………………………………

Pro ………………………………………………………………

Ery ………………………………………………………………

HB ………………………………………………………………