

Urineweginfectie formulier

Huisartsenpraktijk Brentjes en Hartmans
t Dijkhuis 32
7622 CN Borne

Naam patiënt: _____ **M/V**

Geboortedatum: _____

Huisarts: _____

Wilt u hieronder aankruisen welke van de onderstaande klachten u heeft?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Pijn/branderig gevoel bij plassen |
| <input type="checkbox"/> | Vaker moeten plassen |
| <input type="checkbox"/> | Loze aandrang |
| <input type="checkbox"/> | Koorts _____ C. |
| <input type="checkbox"/> | Rillingen |
| <input type="checkbox"/> | Ziek voelen |
| <input type="checkbox"/> | Bloed in urine |
| <input type="checkbox"/> | Pijn in de rug |
| <input type="checkbox"/> | Pijn in de onderbuik |
| <input type="checkbox"/> | Heeft u diabetes? |
| <input type="checkbox"/> | Bent u zwanger? Aantal weken _____ |
| <input type="checkbox"/> | Menstrueert u op dit moment? |
| <input type="checkbox"/> | Heeft u last van abnormale vaginale afscheiding? |
| <input type="checkbox"/> | Heeft u last van vaginale jeuk? |
| <input type="checkbox"/> | Nacontrole na kuur |
| <input type="checkbox"/> | Urine uit catheter? |
| <input type="checkbox"/> | Gaat u akkoord met een urinekweek indien noodzakelijk? |
- Er kunnen hier kosten aan verbonden zijn.

NOTITIES ASSISTENTE

nitriëttest	pos / neg
leuco's	pos / neg
ery's	pos / neg
sediment
urine op kweek	ja / nee
recept gemaakt	ja / nee
nml :	R/
ingevoerd in dossier	ja / nee