HUISARTSENPRAKTIJK
PANTA RHEI

versiedatum: 2020-09

PATIËNTENVRAGENLIJST URINEWEGINFECTIES

Datum van invullen: __ __ - __ __ - 2 0 __ __

Naam: _____

Geboortedatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

---

1. Kruis aan waarvoor u de urine brengt:
   - O Ik denk dat ik een blaasontsteking heb.
     Herkent u de klachten van een eerder aangetoonde blaasontsteking Ja/Nee
     Hoeveel dagen heeft u al klachten? ___ dagen
   - O Als controle na een behandeling met antibiotica.

2. Kruis aan welke klachten u heeft:
   - O Pijn/branderig gevoel bij het plassen.
   - O Vaak plassen of kleine beetjes plassen.
   - O Pijn in de onderbuik/rug.
   - O Heeft u koorts? Temperatuur: __ __ , __ ° C

3. Beantwoord deze vragen:
   - O Heeft u diabetisch mellitus, verminderde weerstand, afwijkingen urinewegen, neurologische blaasstoornis of een verblijfskatheter? Ja/Nee
   - O Bent u allergisch voor antibiotica? Ja/Nee
     Zo ja, weet u welke……

4. Alleen voor **vrouwen**:
   - O Heeft u vaginale irritatie of toegenomen afscheiding? Ja/Nee
   - O Bent u zwanger? Ja/Nee
     Zo ja hoeveel weken…….

5. Alleen voor **mannen**:
   - O Komt er pus of waterig vocht uit uw penis? Ja/Nee

Bestemd voor praktijkassistente

Datum van invullen: __ __ - __ __ - 2 0 __ __ Assistente: _____

1. Uitslag nitriettest positief/negatief
2. Urine stick: _____
3a. Uitslag sediment: _____
3b. Uitslag dipslide: positief/negatief/n.v.t.
4. Recept gemaakt: Ja/Nee
5. Opgestuurd voor kweek: Ja/Nee

Opmerkingen: