
PATIËNTENVRAGENLIJST URINEWEGINFECTIES

Datum van invullen: ___ - ___ - 20 ___

Naam: _____

Geboortedatum: ___ - ___ - ___

1. Kruis aan waarvoor u de urine brengt:

- 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
- Controle na een behandeling met antibiotica.

2. Kruis aan welke klachten u heeft:

- Pijn/branderig gevoel bij het plassen.
- Vaak plassen of kleine beetjes plassen.
- Pijn in de onderbuik/rug.
- Heeft u koorts? Temperatuur: ___ , ___ °C

3. Beantwoord deze vragen:

- Heeft u diabetes mellitus, verminderde weerstand, afwijkingen urinewegen, neurologische blaasstoornis of een verblijfskatheter? Ja/Nee
- Bent u allergisch voor antibiotica? Ja/Nee
Zo ja, weet u welke.....

4. Alleen voor **vrouwen**:

- Heeft u vaginale irritatie of toegenomen afscheiding? Ja/Nee
- Bent u zwanger? Ja/Nee
Zo ja hoeveel weken.....

5. Alleen voor **mannen**:

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

Bestemd voor praktijkassistente

Datum van invullen: ___ - ___ - 20 ___ Assistentie: _____

1. Uitslag nitriettest _____ positief/negatief

2. Urine stick: _____

3. Uitslag sediment: _____

3b. Uitslag dipslide: _____ positief/negatief/n.v.t.

4. Recept gemaakt: Ja/Nee

5. Opgestuurd voor kweek: Ja/Nee

Opmerkingen: