

Naam: Adres: Geboortedatum: Telefoonnummer:	<i>Nummer</i>
--	---------------

- | | JA | NEE |
|--|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. Doet het pijn bij het plassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Moet u vaker plassen en/of kleine beetjes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heeft u koorts (>38)? | <input type="checkbox"/>°Celsius | <input type="checkbox"/> |
| 4. Heeft u bloed bij de urine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Zou u een SOA kunnen hebben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Heeft u vaginale klachten of last van de penis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bovenstaande klachten heb ik sinds _____ | | dagen |
| 8. Bent u onder behandeling van een specialist? | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9. Heeft u diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bent u ongesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bent u zwanger? | <input type="checkbox"/> | _____ weken |
| 12. Heeft u een allergie voor een antibioticum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Brengt u urine op verzoek van de huisarts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Betreft het catheterurine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Opmerkingen:

Ruimte voor assistente:

Multistick: Leuco's: _____
 Nitriet: NEGATIEF / POSITIEF Eiwit: _____
 Glucose: _____ Ery's: _____

Overig /afwijkend: _____

- o DIPSLIDE INGEZET Uitslag dipslide: NEG / POS : _____