Naam: ………………………………………… M / V Geboortedatum: ………………………..

Huisarts: ……………………………………..

Hoe laat heeft u de urine opgevangen? ………………………………….

Is het de eerste ochtendurine? JA / NEE

Waarvoor brengt u de urine?

1. Omdat u denkt een blaasontsteking te hebben?
2. Als controle na een kuur?
3. Omdat u onderzoek wilt naar een geslachtsziekte (SOA)?

Wanneer zijn de klachten begonnen? ……………………………………

 JA NEE

Vaak plassen **0 0**

Kleine beetjes plassen **0 0**

Pijn bij het plassen **0 0**

Branderig gevoel **0 0**

Pijn in de onderbuik **0 0**

Pijn in de flanken  **0 0**

Koorts (> 38⁰C) **0 0**

Voelt u zich ziek? **0 0**

Heeft u een katheter? **0 0**

Heeft u een blaas of nierziekte? **0 0**

Heeft u diabetes? **0 0**

Heeft u een allergie voor antibiotica? Zo ja, welke? …………………………………

Bent u in de afgelopen 2 weken opgenomen geweest? JA / NEE

**Vragen voor vrouwen:**

Heeft u vaginale klachten of ongewone afscheiding? JA / NEE

Menstrueert u nu? JA / NEE

Bent u zwanger? Zo ja, hoeveel weken? ……………………………

**Vraag voor mannen:**

Heeft u afscheiding uit de penis? JA / NEE