|  |  |
| --- | --- |
| Vragenlijst bij klachten van de urinewegen Naam:  Geboortedatum:  Geslacht: M/V  Telefoonnummer:  Hoe laat is de urine opgevangen?  Is de urine in de koelkast bewaard?  Naam huisarts: | **PATIËNT STICKER** |
|  |  |
| Wat zijn uw klachten? | * Vaak plassen * Kleine hoeveelheden plassen * Pijnlijk en/of branderig gevoel * Pijn in de lendenen/flanken * Anders, namelijk…………….. |
| Herkent u de klachten als een blaasontsteking? | * Ja * Nee |
| Heeft u koorts? | * Ja; zo ja, wat is de temperatuur? ……… * Sinds wanneer?....... * Nee |
| Voelt u zich er ziek bij? | * Ja * Nee |
| Heeft u de afgelopen 12 maanden een urineweginfectie gehad? | * Ja * Nee |
| Hoeveel dagen zijn de klachten aanwezig? |  |
| Bent u diabetespatiënt? | * Ja * Nee |
| Is er kans op een Seksueel Overdraagbare Aandoening? | * Ja * Nee |
| **Bent u allergisch voor antibiotica?** | * Zo ja, welk: |
| **Alleen voor vrouwen onderstaande vragen** |  |
| Bent u op dit moment zwanger of geeft u borstvoeding? | * Ja * Nee |
| Bent u op dit moment ongesteld? | * Ja * Nee |
| Heeft u last van vaginale jeuk? | * Ja * Nee |