

Vragenlijst bij het urine onderzoek

Toelichting: vang bij voorkeur de ochtendurine op. Gebruik een schoon potje dat u goed kunt afsluiten. Bewaar het potje urine in de koelkast of geef het binnen 2 uur af. Wij verzoeken u vriendelijk om alle vragen op dit formulier in te vullen.

Datum: .. / .. /

Naam:

M / V (streep door wat **niet** van toepassing is)

Geboortedatum: .. / .. /

Op welke datum en op welk tijdstip is de urine opgevangen? Kruis/vul ook juiste tijdstip in.

Datum: .. / .. / Tijdstip: 6.00 uur 7.00 uur 8.00 uur 9.00 10.00 uur
 uur

- ❖ Graag aankruisen wat de reden is om de urine langs te brengen:
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Omdat u denkt een blaasontsteking te hebben
Hoe lang heeft u al klachten?
..... | Nee | Ja |
| <input type="checkbox"/> Had u in het afgelopen jaar al eerder een blaasontsteking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Als controle na een kuur | | |
| <input type="checkbox"/> Omdat u onderzoek wilt naar een geslachtsziekte (SOA) | | |

- ❖ Graag aankruisen welke klachten u heeft:
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Pijn of branderigheid tijdens het plassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaak plassen of kleine beetjes plassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pijn in de onderbuik of rug | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koorts (boven 38 °C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ❖ Graag ook alle volgende vragen beantwoorden met ja of nee:
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Voelt u zich ziek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u een katheter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u een blaas- of nierziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u een allergie voor antibiotica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zo ja, voor welk middel? | | |
| Verliest u ongewild urine (incontinentie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nee | Ja |
| bij keuze ja: wilt u hiervoor een afspraak maken bij uw huisarts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vragen voor vrouwen:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Nee | Ja |
| Heeft u vaginale klachten of ongewone afscheiding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menstrueert u nu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bent u zwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vraag voor mannen:

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nee | Ja |
| Heeft u afscheiding uit de penis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |