

Naam patiënt M / V  
Geboortedatum

Urine opgevangen om . . . . uur  
Bewaard in de koelkast Ja / Nee

**Altijd invullen**

- Welke klachten heeft u . . . . .
- Pijn bij plassen Ja / Nee
- Buikpijn Ja / Nee
- Pijn onderrug Ja / Nee
- Flankpijn Ja / Nee
- Uw lichaamstemperatuur (altijd invullen!) . . . . °C
- Bent u allergisch voor antibiotica Ja / Nee
- Zo ja, Voor welk antibioticum . . . . .

**Alleen voor vrouwen**

- Bent u zwanger Ja / Nee
- Heeft u vaginale afscheiding Ja / Nee
- Heeft u vaginale jeuk / irritatie Ja / Nee
- Menstrueert u op dit moment Ja / Nee

**Alleen voor kinderen**

- Gewicht (alleen bij kinderen invullen) . . . . kg

**Let op, belangrijk om in te vullen!**

- Gebruikt u weerstand-verlagende medicatie Ja / Nee
- Heeft u suikerziekte Ja / Nee
- Heeft u een nierziekte / afwijking aan de urinewegen Ja / Nee
- Heeft u een catheter Ja / Nee