

Naam:

Geb.datum:

Huisarts:

Klachten:

vaak plassen	ja / nee
pijn bij plassen	ja / nee
buikpijn	ja / nee
rugpijn	ja / nee
bloed in urine	ja / nee
ziek gevoel	ja / nee
koorts	ja / nee

Voor vrouwen:

meer afscheiding	ja / nee
vaginale jeuk	ja / nee
zwangerschap	ja / nee
borstvoeding	ja / nee
menstruatie bezig	ja / nee

Voor mannen:

moeite met plassen	ja / nee
--------------------	----------

Algemeen:

eerste ochtendurine	ja / nee
antibioticakuur gehad?	ja / nee
ja-> heeft u nog klachten?	ja / nee
DM → suikerziekte	ja / nee
risico op geslachtsziekte	ja / nee