

## Urineformulier



**DE KLEUVER**  
HUISARTSPRAKTIJK

Datum	
-------	--

Aanhef	<input type="checkbox"/> Dhr	<input type="checkbox"/> Mw
Naam		
Geboortedatum	-	-
Controle na kuur	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoe lang heeft u klachten?		
<b>Welke klachten heeft u?</b>		
Branderigheid / pijn bij plassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Vaak / kleine beetjes plassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Buikpijn / rugpijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Koorts?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hebt u een urine catheter (of catheteriseert u zichzelf)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Andere klachten:		
<b>Vragen voor vrouwen</b>		
Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Menstrueert u op dit moment?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

-----Onderstaande gegevens worden door de huisartspraktijk ingevuld -----

Nitriet	Leuco's	Ery's	Glucose	Ketonen	Eiwit

Allergie					
Recent kuur AB gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Op datum:	-	-
EFGR < 30?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			
Beleid:					