****

**Urine onderzoek**

Naam:       Geboorte datum:

 Gewicht:      kg (alleen bij kinderen)

Sinds wanneer bestaan de klachten?

Heeft u een branderig gevoel bij het plassen? [ ]  Ja [ ]  Nee

Heeft u pijn bij het plassen? [ ]  Ja [ ]  Nee

Heeft u buikpijn? [ ]  Ja [ ]  Nee

Heeft u pijn in de flank/zij? [ ]  Ja [ ]  Nee

Heeft u koorts? [ ]  Ja [ ]  Nee

Heeft u de klachten eerder gehad? Zo ja, wanneer?

Bent u overgevoelig voor antibiotica? [ ]  Ja [ ]  Nee , Zo ja, welk:

Is er risico op een SOA?

**Onderstaande vragen vult u in, indien deze op u van toepassing zijn:**

Bent u zwanger? Zo ja, Hoe lang?

Menstrueert u op het moment?