**Afbeelding met Graphics, clipart, silhouet, ontwerp

Automatisch gegenereerde beschrijving**

**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?