

Urine onderzoek

Om u een goede behandeling aan te kunnen bieden, vragen wij u om dit formulier zorgvuldig in te vullen.

Naam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____ Jonger dan 12 jaar: gewicht: _____

Telefoonnummer (bereikbaar!): _____

Man/Vrouw: _____

Tijdstip opgevangen urine: _____ Datum: _____ Urine koel bewaard: Ja/Nee

Waarom levert u urine in? Doorstrepen wat niet van toepassing is

Klachten langer dan 7 dagen: Ja/Nee
Buikpijn: Ja/Nee
Rugpijn/pijn in zij: Ja/Nee
Pijn bij plassen: Ja/Nee
Vaak plassen: Ja/Nee
Koorts: Ja/Nee Temp: _____
zwanger: Ja/Nee zo ja, aantal weken: _____
Controle na kuur: Ja/Nee datum laatste kuur: _____
Allergie medicatie: Ja/Nee zo ja, voor: _____
Katheter: Ja/Nee

Onderstaande door assistente in te vullen:

DM: NF:

Stick:

Ery:
Pro:
Nitriet:
Ketonen:
Glu:
Ph:
Leu:

Sediment:

Ery:
Leu:
Bact:
Amorf: