

Datum:	
Naam:	M / V
Geboorte datum:	
Op verzoek van huisarts?	Ja / nee; Zo ja, svp alleen tel nummer invullen
Uw huisarts is?	Schrijver/ Sanders/ v.d Kluit
Hoe oud is de urine?	Tijdstip:.....
Telefoonnummer	
Hoe lang heeft u klachten? dagen
Pijn/Branderig gevoel bij plassen?	Ja / nee
Vaak kleine beetjes plassen	Ja / nee
Pijn in de onderbuik?	Ja / nee
Koorts?	Ja / nee; nl. °C
Pijn in de rug/flank	Ja / nee
Vrouwen: Menstruatie	Ja / nee / nvt
Vrouwen: Zwanger?	Ja aantal weken: / nee/ nvt
Mannen	Gewone goede straal / sproei straal
Heeft u <3mnd een blaasontsteking gehad?	Ja / nee

Diabetes	Ja/nee
Controle na kuur?	Ja / Nee welke klachten?