|  |  |
| --- | --- |
| URINE-ONDERZOEK  datum:  **Voor 10.30u inleveren / koel bewaren**  Naam:……………………………………..  Geb.datum:………………………………..  Gewicht kind:……………………………..   1. pijn/branderig gevoel bij/na plassen 2. vaak plassen 3. kleine beetjes plassen 4. pijn in de onderbuik 5. pijn in de zij 6. pijn in de rug 7. verward   Omcirkelen wat van toepassing is.  Gemeten temperatuur: …… °C |  |
| Controle na kuur? Ja/nee Nog klachten? Ja/nee Zo ja, welke? ………………………………. ………………………………..  Allergie voor antibiotica? Ja/Nee  Zo ja, welke?  ……………………………….  Zwanger? Ja/Nee  Zo ja, hoe lang?  ………………………………  -----------------------------------------------------  **Ass. invullen**:  MDRD: ……………….dd:……………. |