|  |  |
| --- | --- |
| 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/neeNog klachten? Ja/neeZo ja, welke?……………………………….……………………………….. Allergie voor antibiotica? Ja/Nee Zo ja, welke? ………………………………. Zwanger? Ja/Nee Zo ja, hoe lang? ………………………………-----------------------------------------------------**Ass. invullen**:MDRD: ……………….dd:……………. |