

Naam:

Geb. datum: .. - .. -

Heeft u pijn bij het plassen?.....

Heeft u buikklachten?.....

Heeft u rugklachten?.....

Is er koorts? Zo ja, hoe hoog is de temperatuur?.....

Menstruatie aanwezig?.....

Is er kans op een seksueel overdraagbare aandoening?.....

Sinds wanneer heeft u deze klachten?.....

Is het ochtendurine?.....

Heeft u de urine in de koelkast bewaard?.....

Zijn er nog andere klachten?.....

.....