**Urine onderzoek:** Naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.dat.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Telnr. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***Aankruisen wat van toepassing is***

* Herkenbare klachten
* **Koorts?** Zo ja, hoe hoog:\_\_\_
* **Gewicht** bij een kind: \_\_\_\_kg.
* Hoelang bestaan de klachten: \_\_\_dg.
* Pijn bij plassen
* Vaak kleine beetjes plassen
* Buikpijn
* Pijn in zij: links en/of rechts: \_\_\_
* Rugklachten
* Menstruatie momenteel
* **Zwanger?** Hoeveel weken:\_\_\_
* Controle na antibioticum
* Op verzoek huisarts
* Kans op SOA

Glucose: Nitriet: Riekend: ja / nee

Ketonen: Eiwit: Troebel: ja / nee

Leuco: Ery: Kleur: