****

**Urine onderzoek**

Naam:       Geboorte datum:

 Gewicht:      kg (alleen bij kinderen)

Sinds wanneer bestaan de klachten?

Heeft u een branderig gevoel bij het plassen?

Heeft u pijn bij het plassen?

Heeft u buikpijn?

Heeft u pijn in de flank/zij?

Heeft u koorts?

Heeft u de klachten eerder gehad? Zo ja, wanneer?

Bent u zwanger? Zo ja, Hoe lang?

Menstrueert u op het moment?

Bent u overgevoelig voor antibiotica?

Is er risico op een SOA?