

Naam:

Geboortedatum:

Eerste ochtend urine: ja / nee

Gekoeld bewaard: ja / nee

Controle na kuur? Ja / nee

Gewicht kinderen t/m 15 jr:

Wat zijn uw klachten?		
Hoe lang heeft u klachten?		
	Ja	Nee
Pijn bij plassen		
Vaak kleine beetjes plassen		
Pijn in de zij		
Koorts, zo ja: hoeveel		
Klachten herkenbaar van eerdere blaasontsteking?		
Catheter?		
Menstruatie momenteel?		
Zwanger?		
Allergie antibiotica? Zo ja welke		
Kweek ziekenhuis akkoord		