

Urinaflevering til lægehuset

For at højne kvaliteten af behandlingen af urinvejsinfektioner, bedes dette skema udfyldes ved aflevering af urinprøve til lægehuset.

Navn:

CPR-nr:

Prøven er lavet klokken _____

Opbevaret i køleskab?

Ja _____

Nej _____

Midtstråleurin?

Ja _____

Nej _____

Har du hyppig vandladning?

Ja _____

Nej _____

Svie ved vandladning?

Ja _____

Nej _____

Feber?

Ja _____

Nej _____

Hvis feber, hvor høj?

Har du haft blærebetændelse inden for det sidste år?

Ja _____

Nej _____

Er du gravid?

Ja _____

Nej _____

Har du menstruation?

Ja _____

Nej _____

Har du kateter?

Ja _____

Nej _____

Er der tale om kontrol efter behandling?

Ja _____

Nej _____

Hvis ja, er der stadig symptomer?

Ja _____

Nej _____

Anden årsag til aflevering af urinprøve

Evt. medicin sendes til

tlf.nr hvor du kan træffes
