

Urinaflevering til Arden Lægehus

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

Navn:

CPR-nr:

Dato:

Prøven er lavet klokken _____

Opbevaret i køleskab? Ja _____ Nej _____

Midtstråleurin? Ja _____ Nej _____

Har du hyppig vandladning? Ja _____ Nej _____

Svie ved vandladning? Ja _____ Nej _____

Kløe? 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 _____