



Navn:
CPR nr.:

Dato:	Klokken:
-------	----------

Urinprøve (Sæt kryds X)

Midtstråleurin	
Urin fra kateter	
Urin fra engangskaterisation	
Andet	

Symptomer (Sæt kryds X)

Feber – hvis ja – skriv temperatur	
Smerter (fx smerter over nyrerne)	
Ildlugtende urin	
Hyppige vandladninger	
Svie ved vandladning	
Blod i urinen	
Inkontinent	
Andre symptomer:	

Andre forhold (Sæt kryds X)

Kontrol efter behandling	
Gentagende urinvejsinfektioner	
Diabetes	
Allergi	
Andet fx urinstix:	

Med venlig hilsen _____



Navn:
CPR nr.:

Dato:	Klokken:
-------	----------

Urinprøve (Sæt kryds X)

Midtstråleurin	
Urin fra kateter	
Urin fra engangskaterisation	
Andet	

Symptomer (Sæt kryds X)

Feber – hvis ja – skriv temperatur	
Smerter (fx smerter over nyrerne)	
Ildlugtende urin	
Hyppige vandladninger	
Svie ved vandladning	
Blod i urinen	
Inkontinent	
Andre symptomer:	

Andre forhold (Sæt kryds X)

Kontrol efter behandling	
Gentagende urinvejsinfektioner	
Diabetes	
Allergi	
Andet fx urinstix:	

Med venlig hilsen _____