

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Invuldatum: _____

Vragenlijst

Polikliniek Urologie

www.tergooi.nl

Wat is uw belangrijkste klacht voor de uroloog?

Wat wilt u de uroloog vragen?

	Nooit	Zelden	Zo nu en dan	Regelmatig	Meestal	Altijd	
	0%	20%	40%	60%	80%	100%	
Heeft u het gevoel dat u de blaas niet leeg kunt plassen?							
Moet u vaker dan 1x per 2 uur plassen?							
Onderbreekt de urinestraal 1 of meerdere keren tijdens het plassen?							
Is de aandrang om te plassen zo hevig dat u gedwongen wordt te gaan plassen?							
Heeft u een zwakke urinestraal?							
Moet u persen om de urinestraal op gang te brengen?							
Hoe vaak moet u 's nachts uit bed om te plassen?	0	1x	2x	3x	4x	≥5x	
Wanneer het urineren uw hele leven zou blijven zoals het nu is, hoe zou u zich daarbij voelen?	Gelukkig	Plezierig	Redelijk tevreden	Soms wel, soms niet tevreden	Ontevreden	Ongelukkig	Verschrikkelijk

Burgerlijke stand:

Wat is/was uw beroep?

1.	Hebben uw plasklachten gevolgen voor uw sociale en/of maatschappelijke leven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
2.	Plast u weleens bloed?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Zo ja:			
	• Alleen bij het begin van het plassen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	• Alleen bij het einde van het plassen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	• Van het begin tot het einde van het plassen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
3.	Heeft u een branderig gevoel bij het plassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Heeft u bij de aandrang een branderig gevoel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Is het plassen pijnlijk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Heeft u plasklachten na seksuele activiteit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Heeft u tijdens de plasklachten koorts gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
4.	Heeft u last van (ongewenst) urineverlies (tijdens hoesten, niezen of persen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Heeft u last van (ongewenst) urineverlies omdat u de aandrang niet tegen kunt houden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Heeft u in bed last van urineverlies?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Gebruikt u verbandmateriaal of luiers wegens urineverlies?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Bent u op late leeftijd (na uw zesde jaar) zindelijk geworden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
5.	Heeft u wel eens last van plotseling opkomende pijn in de zij of flank?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Heeft u ooit last van nierstenen gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Zijn er familieleden (eerstegraads) met nierstenen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
	Komen er urologische afwijkingen (ziekte van nieren, blaas of prostaat) voor in uw directe familie? Zo ja, welke ziekte en bij wie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet ik niet

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Invuldatum: _____

6. Heeft u problemen met uw seksuele functie? Ja Nee Weet ik niet

7. Rookt u/heeft u gerookt? Ja Nee

Zo ja:

- Wat rookt(e) u? (Doorhalen wat niet van toepassing is) Sigaretten Shag Sigaren Anders
- Van wanneer tot wanneer? Van: _____ Tot: _____
- Hoeveel rookt(e) u gemiddeld per dag?

8. Gebruikt(e) u drugs? Ja Nee

Zo ja:

- Wat gebruikt(e) u?
- Hoeveel gebruikt(e) u?

9. Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per dag? Ja, _____ p/d Nee

10. Bent u allergisch voor pleisters, contrastvloeistof, jodium en/of medicijnen? Ja Nee Weet ik niet

Zo ja:

- Waarvoor bent u allergisch?

11. Bent u ooit bij een uroloog onder behandeling geweest? Ja Nee Weet ik niet

Zo ja:

- Waarvoor en wanneer (jaartal)?

12. Bent u ooit geopereerd? Ja Nee Weet ik niet

Zo ja:

- Welke operatie(s) heeft u ondergaan, waarvoor en wanneer (jaartal)?

13. Bent u ooit om een andere reden dan boven genoemd opgenomen geweest? Ja Nee Weet ik niet

Zo ja:

- Waarvoor en wanneer (jaartal)?

14. Bent u ooit bij een nog niet genoemde specialist geweest? Ja Nee Weet ik niet

Zo ja:

- Bij welke specialist, waarvoor en wanneer (jaartal)?

15. Gebruikt u medicijnen en/of homeopatische-/natuurgeneesmiddelen? Ja Nee

Zo ja, wilt u een actueel medicijnoverzicht van uw apotheek meenemen?