

TIL GRAVIDE

Urinundersøgelse(Se opsamlingsvejledning)

CPR-nr : _____
Navn : _____
Indleveringsdato og klokkeslæt: _____
Urinprøven er lavet kl. : _____

Svar (sæt kryds) :

E-mail(tilmeld dig www.klinikgaarden.dk) : _____
Jeg ringer til sekretæren efterfølgende dag kl. 11-15. Fredag kl. 11-13 : _____

Hvad ønsker du, at urinen skal undersøges for:

- Om du er gravid** : _____
- Urinkontrol under graviditet** : _____
- Blærebetændelse** : _____
- Kontrol efter blærebetændelse** : _____

Symptomer : **JA:**_____ **NEJ:**_____

Hvis **JA** afkryds nedenunder

- Hyppig vandladning** : _____
- Smerter v.vandladning** : _____
- Feber(Hvor meget)** : _____

HUSK: Urinen skal være mindre end en time gammel eller have stået i køleskab(Ikke til gravitest)

URINEN SÆTTES BAG DEN RØDE LÅGE