

Miktionsprotokoll Beckenbodenzentrum

Name:

Bitte mitbringen zum nächsten Arzttermin am:

	1. Tag, Datum:				2. Tag, Datum:				3. Tag, Datum:			
Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ja/nein ¹⁾	Einnässen Schweregrad ²⁾	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ja/nein ¹⁾	Einnässen Schweregrad ²⁾	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ja/nein ¹⁾	Einnässen Schweregrad ²⁾
00 - 01												
01 - 02												
02 - 03												
03 - 04												
04 - 05												
05 - 06												
06 - 07												
07 - 08												
08 - 09												
09 - 10												
10 - 11												
11 - 12												
12 - 13												
13 - 14												
14 - 15												
15 - 16												
16 - 17												
17 - 18												
18 - 19												
19 - 20												
20 - 21												
21 - 22												
22 - 23												
23 - 24												
Gesamt												

1) Schweregrad des Harndrangs: X = schwach XX = normal XXX = stark, unkontrollierbar
 2) Schweregrad des Einnässens: X = wenig Tropfen XX = feucht 1/1 XXX = nass