



Miktionsprotokoll

Vorname: _____ Nachname: _____

Praxisstempel

Datum: _____

Datum: _____

Uhrzeit	1 Trinkmenge in ml Getränk?	2 Urinmenge in ml	3 Urinverlust Situation	4 Dranggefühl	5 Vorlagen wechsel Art/Gewicht	6 Besonderheiten: Medikamente? Schmerz? Stuhlgang=S
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						
Gesamt						
Tag						
Nacht						

Uhrzeit	1 Trinkmenge in ml Getränk?	2 Urinmenge in ml	3 Urinverlust Situation	4 Dranggefühl	5 Vorlagen wechsel Art/Gewicht	6 Besonderheiten: Medikamente? Schmerz? Stuhlgang=S
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						
Gesamt						
Tag						
Nacht						

Legende: 1| z.B. 200 ml Kaffee 2| z.B. 100 ml 3| 1 = wenig, 2 = mittel, 3 = erheblich 4| 0 = kein, x = leicht, xx = mittel, xxx = stark 5| Slipeinlage = S, Vorlage = V 6| Schmerz in VAS, 1 = wenig bis 10 = maximal