



Miktionsprotokoll

Vorname: _____

Nachname: _____

Praxisstempel

Datum: _____

Datum: _____

Uhrzeit	1 Trinkmenge in ml Getränk?	2 Urinmenge in ml	3 Urinverlust Situation	4 Drang- gefühl	5 Vorlagen wechsel Art/Gewicht	6 Besonderheiten: Medikamente? Schmerz? Stuhlgang=S
01:						
02:						
03:						
04:						
05:						
06:						
07:						
08:						
09:						
10:						
11:						
12:						
13:						
14:						
15:						
16:						
17:						
18:						
19:						
20:						
21:						
22:						
23:						
24:						
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| Stüpeinlage = S, Vorlage = V 6| Schmerz in VAS, 1 = wenig bis 10 = maximal