

Miktionsprotokoll

Name: _____ Bitte ausgefüllt zurück an das MEDI-CENTER

	1. Tag. Datum: _____				2. Tag. Datum: _____				3. Tag. Datum: _____			
Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ₁₎ ja/nein	Einnässen ₂₎ Schweregrad	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ₁₎ ja/nein	Einnässen ₂₎ Schweregrad	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ₁₎ ja/nein	Einnässen ₂₎ Schweregrad
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: _____



MEDI-CENTER
MITTEL RHEIN

1) Schweregrad des Harndrangs x = schwach xx = normal xxx = stark, unkontrollierbar
 2) Schweregrad des Einnässens: x = wenige Tropfen xx = feucht xxx = nass