Miktionsprotokoll

BEWEGUNGS-ZENTRUM

Vorname: _____

Nachname: _____

Bewegungszentrum Norderstedt
Ulzburger Straße 363a
22846 Norderstedt
040 / 226 33 796
kontakt@bewegungszentrum.sh

Datum: _____

Uhrzeit	1) Trink-menge in ml Getränk?	2) Urin-menge in ml	3) Urinverlust Situation	4) Drang-gefühl	5) Voragen wechsel Art / Gewicht	6) Besonderheiten Medikamente? Schmerz? Stuhlgang = S
Gesamt						
Tag						
Nacht						

Datum: _____

Uhrzeit	1) Trink-menge in ml Getränk?	2) Urin-menge in ml	3) Urinverlust Situation	4) Drang-gefühl	5) Voragen wechsel Art / Gewicht	6) Besonderheiten Medikamente? Schmerz? Stuhlgang = S
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