Miktionsprotokoll

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Praxisstempel

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
Gesamt						
Tag						
Nacht						

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
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

Quelle: Miktionsprotokoll Physio Pelvica www.ag-ggup.de