Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Regensburg

Miktionsprotokoll

Krankenhaus St. Josef
Kooperations- und Lehrkrankenhaus der Universität Regensburg

Name: _____ Größe: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____

	1. Tag, Datum:					2. Tag, Datum:					3. Tag, Datum:				
Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ja/nein	Urinverlust ja/nein	Vorlagen-wechsel	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ja/nein	Urinverlust ja/nein	Vorlagen-wechsel	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ja/nein	Urinverlust ja/nein	Vorlagen-wechsel
06:00-07:00															
07:00-08:00															
08:00-09:00															
09:00-10:00															
10:00-11:00															
11:00-12:00															
12:00-13:00															
13:00-14:00															
14:00-15:00															
15:00-16:00															
16:00-17:00															
17:00-18:00															
18:00-19:00															
19:00-20:00															
20:00-21:00															
21:00-22:00															
22:00-23:00															
23:00-00:00															
00:00-01:00															
01:00-02:00															
02:00-03:00															
03:00-04:00															
04:00-05:00															
05:00-06:00															
Gesamt															

Harndrang: x = kaum, xx = stark, xxx = sehr stark ◦ **Urinverlust:** x = Tropfen, xx = feucht, xxx = sehr nass ◦ **Vorlagenwechsel:** x je Vorlage

Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

⓪ ① ② ③ ④ ⑤

gar nicht stark

zertifiziert durch die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

INTERDISZIPLINÄRES KONTINENZ- UND BECKENBODENZENTRUM

www.beckenbodenzentrum-regensburg.de