

Miktionsprotokoll

Vor- und Nachname:

Für die Zeit vom bis

*Liebe/r Patient/in,
dieses Miktionsprotokoll ist für Sie und Ihre Therapeutin bei der Behandlung Ihrer Erkrankung eine wertvolle und wichtige Hilfe.*

Sie werden feststellen, dass Sie bei sorgfältiger Führung dieses Miktionsprotokolls bereits nach wenigen Tagen eine genaue Kontrolle über Ihr Wasserlassen besitzen. Und das ist ein ganz wichtiger Schritt für eine erfolgreiche Behandlung Ihrer Erkrankung.

Harninkontinenz ist therapierbar. Der Erfolg hängt aber auch von Ihnen ab. Unterstützen Sie Ihre Therapeutin!

Für die Messung der Harnmenge, verwenden Sie bitte einen Messbecher im ml (Milliliter) Bereich, den Sie in der Zeit, während der Führung des Miktionsprotokolls, in einem Plastiksack mitführen, um jeden Toilettengang messen zu können.

Alles Gute und gute Besserung!

Datum 1. Tag:
 Wochentag:
 Medikamente:

Uhrzeit	Harn- menge <i>wie viel?</i>	Trinkmenge <i>wie viel/ was?</i>	Unfreiwilliger Harnverlust <i>(Siehe unten)</i>	Vorlagen- wechsel <i>ja/nein</i>	Harn- drang <i>ja/nein</i>	Schmerz <i>ja/ nein</i>
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						

Unfreiwilliger Harnverlust: 1=wenige Tropfen, 2=gering (feuchte Unterwäsche), 3=erheblich (Kleidungswechsel erforderlich)

Datum 2. Tag:
 Wochentag:
 Medikamente:

Uhrzeit	Harn- menge <i>wie viel?</i>	Trinkmenge <i>wie viel/ was?</i>	Unfreiwilliger Harnverlust <i>(Siehe unten)</i>	Vorlagen- wechsel <i>ja/nein</i>	Harn- drang <i>ja/nein</i>	Schmerz <i>ja/ nein</i>
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						

Unfreiwilliger Harnverlust: 1=wenige Tropfen, 2=gering (feuchte Unterwäsche), 3=erheblich (Kleidungswechsel erforderlich)

Datum 3. Tag:
 Wochentag:
 Medikamente:

Uhrzeit	Harn- menge <i>wie viel?</i>	Trinkmenge <i>wie viel/ was?</i>	Unfreiwilliger Harnverlust <i>(Siehe unten)</i>	Vorlagen- wechsel <i>ja/nein</i>	Harn- drang <i>ja/nein</i>	Schmerz <i>ja/ nein</i>
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						

Unfreiwilliger Harnverlust: 1=wenige Tropfen, 2=gering (feuchte Unterwäsche), 3=erheblich (Kleidungswechsel erforderlich)

Datum 4. Tag:
 Wochentag:
 Medikamente:

Uhrzeit	Harn- menge <i>wie viel?</i>	Trinkmenge <i>wie viel/ was?</i>	Unfreiwilliger Harnverlust <i>(Siehe unten)</i>	Vorlagen- wechsel <i>ja/nein</i>	Harn- drang <i>ja/nein</i>	Schmerz <i>ja/ nein</i>
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						

Unfreiwilliger Harnverlust: 1=wenige Tropfen, 2=gering (feuchte Unterwäsche), 3=erheblich (Kleidungswechsel erforderlich)

Datum 5. Tag:
 Wochentag:
 Medikamente:

Uhrzeit	Harn- menge <i>wie viel?</i>	Trinkmenge <i>wie viel/ was?</i>	Unfreiwilliger Harnverlust <i>(Siehe unten)</i>	Vorlagen- wechsel <i>ja/nein</i>	Harn- drang <i>ja/nein</i>	Schmerz <i>ja/ nein</i>
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						

Unfreiwilliger Harnverlust: 1=wenige Tropfen, 2=gering (feuchte Unterwäsche), 3=erheblich (Kleidungswechsel erforderlich)

Datum 6. Tag:
 Wochentag:
 Medikamente:

Uhrzeit	Harn- menge <i>wie viel?</i>	Trinkmenge <i>wie viel/ was?</i>	Unfreiwilliger Harnverlust <i>(Siehe unten)</i>	Vorlagen- wechsel <i>ja/nein</i>	Harn- drang <i>ja/nein</i>	Schmerz <i>ja/ nein</i>
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						

Unfreiwilliger Harnverlust: 1=wenige Tropfen, 2=gering (feuchte Unterwäsche), 3=erheblich (Kleidungswechsel erforderlich)

Datum 7. Tag:
 Wochentag:
 Medikamente:

Uhrzeit	Harn- menge <i>wie viel?</i>	Trinkmenge <i>wie viel/ was?</i>	Unfreiwilliger Harnverlust <i>(Siehe unten)</i>	Vorlagen- wechsel <i>ja/nein</i>	Harn- drang <i>ja/nein</i>	Schmerz <i>ja/ nein</i>
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						

Unfreiwilliger Harnverlust: 1=wenige Tropfen, 2=gering (feuchte Unterwäsche), 3=erheblich (Kleidungswechsel erforderlich)