Urologenpraxis

Hinweise zum Miktionstagesprotokoll

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Protokoll dient dazu, dass wir uns weitere Klarheit über Ihre Blasentätigkeit und Ihre Blasenprobleme verschaffen können.

Bitte notieren Sie die Häufigkeiten des Wasserlassens und der Blasenbeschwerden bzw. des Urinverlustes in Form einer Tabelle. Auch die Trinkmenge und die ausgeschiedene Urinmenge werden in das Protokoll eingetragen, damit auch Ihre Trinkgewohnheiten objektiviert werden und Störungen im Trinkverhalten erkannt werden können.

Zur Messung der Urinmenge benutzen Sie bitte einen einfachen Messbecher z. B. aus dem Supermarkt, der ca. 500 ml faßt und den Sie leicht ablesen können.

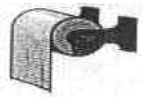
Bitte führen Sie das Tagebuch an mindestens zwei, besser drei Tagen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zertifiziert seit 2010 durch
SGS TÜV GEPRÜFTES PRAXISMANAGEMENT

Vorname & Name _____; Geburtsdatum: _____

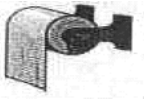
Urologenpraxis

TAG 1	Uhrzeit	Trinkmenge	Urinmenge	Starker Harndrang?	Schmerz	Unkontrollierter Urinverlust 	Kommentare
				Bitte angeben 0 entspr. kein Drang 10 entspr. stärkster Drang	Bitte angeben 0 entspr. kein Schmerz 10 entspr. stärkster Schmerz	Kein, Wenig, Mittel, Viel	Vorbeugender Toilettengang, körperliche Tätigkeiten, etc.
Beispiel	16:30	150 ml	60 ml	4	4	Kein	Gartenarbeit
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Summe:_____

Vorname & Name _____; Geburtsdatum: _____

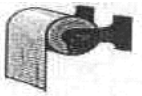
Urologenpraxis

TAG 2	Uhrzeit	Trinkmenge	Urinmenge	Starker Harndrang?	Schmerz	Unkontrollierter Urinverlust 	Kommentare
				Bitte angeben 0 entspr. kein Drang 10 entspr. stärkster Drang	Bitte angeben 0 entspr. kein Schmerz 10 entspr. stärkster Schmerz	Kein, Wenig, Mittel, Viel	Vorbeugender Toiletten-gang, körperliche Tätigkeiten, etc.
Beispiel	16:30	150 ml	60 ml	4	4	Kein	Gartenarbeit
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Summe:_____

Vorname & Name _____; Geburtsdatum: _____

Urologenpraxis

TAG 3	Uhrzeit	Trinkmenge	Urinmenge	Starker Harndrang?	Schmerz	Unkontrollierter Urinverlust 	Kommentare
				Bitte angeben 0 entspr. kein Drang 10 entspr. stärkster Drang	Bitte angeben 0 entspr. kein Schmerz 10 entspr. stärkster Schmerz	Kein, Wenig, Mittel, Viel	Vorbeugender Toilettengang, körperliche Tätigkeiten, etc.
Beispiel	16:30	150 ml	60 ml	4	4	Kein	Gartenarbeit
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Summe:_____