



Bitte mitbringen zum nächsten Arzttermin

Name: _____

	1. Tag, Datum: _____				2. Tag, Datum: _____				3. Tag, Datum: _____			
Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ¹ Ja/nein	Einnässen Schweregrad ²	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ¹ Ja/nein	Einnässen Schweregrad ²	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang ¹ Ja/nein	Einnässen Schweregrad ²
00-01												
01-02												
02-03												
03-04												
04-05												
05-06												
06-07												
07-08												
08-09												
09-10												
10-11												
11-12												
12-13												
13-14												
14-15												
15-16												
16-17												
17-18												
18-19												
19-20												
20-21												
21-22												
22-23												
23-24												
Gesamt												
1 Schweregrad des Harndrangs			X = schwach			XX = normal			XXX = stark, unkontrollierbar			
2 Schweregrad des Einnässens			X= wenige Tropfen			XX = feucht			XXX = nass			