

Toiletten- und Trinkprotokoll zur Therapiekontrolle

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte mitbringen zum nächsten Arzttermin am:

Tag 1 Datum:

Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang	Urinverlust

Gesamt (ml)

Tag 2 Datum:

Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang	Urinverlust

Gesamt (ml)

Tag 3 Datum:

Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang	Urinverlust

Gesamt (ml)

Harndrang: x = kaum, xx = Stark, xxx = sehr Stark **Urinverlust:** x = Tropfen, xx = feucht, xxx = sehr nass