

## Miktionsprotokoll

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Protokolldatum: \_\_\_\_\_

Tagsüber								
Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Getränk	Uhrzeit	Harndrang + ++	Einnässen	Urinmenge (ml)	Stuhlgang (hart, geformt, weich, Durchfall)	Bemerkungen
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
Nachts								
Uhrzeit	Trinkmenge (ml)	Getränk	Uhrzeit	Bett nass/trocken	Windelgewicht (ml)	Toilettengang	Aufgewacht durch Einnässen	Bemerkungen
						<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
						<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
						<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
						<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
						<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	