



KIUR_Miktionsprotokoll_48-Stunden

Formular

Name: _____

Medikamente: _____



Tag: 1

Datum: _____

Aufsteh-Zeit: _____

Zu-Bett-Geh-Zeit: _____

Getränk	Uhrzeit	Trinkmenge	Blasenentleerung am Tag		Blasenentleerung in der Nacht	
			Uhrzeit	Urinmenge	Uhrzeit	Urinmenge
		ml		ml		ml
		ml		ml		ml
		ml		ml		ml
		ml		ml	Windelgewicht	
		ml		ml	Trocken	g
		ml		ml	Nass	g
		ml		ml	Differenz	g
		ml		ml		
		ml		ml		
		ml		ml		
Summe		ml		ml	Summe	ml

Stuhlgang		Stuhlbeschaffenheit				
ja	nein	hart	weich	Durchfall	Stuhlschmierer	Einstuhlen

Tag: 2

Datum: _____

Aufsteh-Zeit: _____

Zu-Bett-Geh-Zeit: _____

Getränk	Uhrzeit	Trinkmenge	Blasenentleerung am Tag		Blasenentleerung in der Nacht	
			Uhrzeit	Urinmenge	Uhrzeit	Urinmenge
		ml		ml		ml
		ml		ml		ml
		ml		ml		ml
		ml		ml	Windelgewicht	
		ml		ml	Trocken	g
		ml		ml	Nass	g
		ml		ml	Differenz	g
		ml		ml		
		ml		ml		
		ml		ml		
Summe		ml		ml	Summe	ml

Stuhlgang		Stuhlbeschaffenheit				
ja	nein	hart	weich	Durchfall	Stuhlschmierer	Einstuhlen