

Trink- & Miktionsprotokoll



Name des Patienten: _____

Mit dem Protokollieren Ihres Trinkverhaltens und Ihrer Toilettengänge unterstützen Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin bei der Diagnose Ihrer Harndrangbeschwerden. Ihre vollständigen Angaben sind wichtige Informationen und für die geeignete Therapiewahl entscheidend. Bitte füllen Sie an mindestens zwei aufeinanderfolgenden Tagen das Trink- und Miktionsprotokoll auf den nächsten Seiten wie folgt aus:

Beginnen Sie mit dem ersten Toilettengang nach dem Aufstehen. Notieren Sie folgende Angaben mit der entsprechenden Uhrzeit:

- **Trinkmenge [ml]** = wieviel Sie getrunken haben.
Eine Tasse Tee hat z. B. 150 ml, ein Glas Wasser 200 ml ...
- **Urinmenge [ml]** = Harnmenge, die Sie ausgeschieden haben.
Praktischer Tipp: zur Abmessung eignet sich ein preisgünstiger Messbecher aus dem Supermarkt.
- **Gesamtmenge pro 24 Stunden [ml]**
Zählen Sie die Trink- und Urinmenge für jeden Tag (24 Stunden) zusammen und notieren das Ergebnis unterhalb der jeweiligen Spalte.
- **Harndrang**
Wann verspüren Sie Harndrang? Bitte tragen Sie in der Zeile der jeweiligen Uhrzeit ein X ein.






Spalte für Bemerkungen entsprechend den jeweiligen Uhrzeiten ausfüllen:

- **Einschlaf- und Aufstehzeit**
Wann Sie zu Bett gegangen und aufgestanden sind.
- **Medikamenten-Einnahme**
Wenn Sie Medikamente eingenommen haben – mit Nennung des Präparatenamens.
- **Sonstige Tätigkeiten**
z. B. Schlafen, Arbeiten, Sport, Fernsehen, Lesen, ...






Beispiel:

Bitte unbedingt die Schlafenszeit eintragen!






Datum: _____

Uhrzeit	Trinkmenge	Urinmenge	Harndrang	Urinverlust	Bemerkungen
	 Milliliter [ml]	 Milliliter [ml]	 [X] wenn Harndrang	 [X] wenn Urinverlust	Wichtig: Einschlafzeit und Aufstehzeit Tätigkeit: Faulenzen, Sport, Fernsehen, ... Name Medikamente (falls eingenommen)
06:00					
07:00		200 ml	X		
08:00					
09:00	150 ml				






Datum:

Uhrzeit	Trinkmenge	Urinmenge	Harndrang	Urinverlust	Bemerkungen
	 Milliliter [ml]	 Milliliter [ml]	 [X] wenn Harndrang	 [X] wenn Urinverlust	Wichtig: Einschlafzeit und Aufstehzeit Tätigkeit: Faulenzen, Sport, Fernsehen, ... Name Medikamente (falls eingenommen)
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
00:00					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					
	Gesamtmenge:	Gesamtmenge:			

Datum:

Uhrzeit	Trinkmenge	Urinmenge	Harndrang	Urinverlust	Bemerkungen
	 Milliliter [ml]	 Milliliter [ml]	 [X] wenn Harndrang	 [X] wenn Urinverlust	Wichtig: Einschlafzeit und Aufstehzeit Tätigkeit: Faulenzen, Sport, Fernsehen, ... Name Medikamente (falls eingenommen)
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
00:00					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					
	Gesamtmenge:	Gesamtmenge:			

Datum:

Uhrzeit	Trinkmenge	Urinmenge	Harndrang	Urinverlust	Bemerkungen
	 Milliliter [ml]	 Milliliter [ml]	 [X] wenn Harndrang	 [X] wenn Urinverlust	Wichtig: Einschlafzeit und Aufstehzeit Tätigkeit: Faulenzen, Sport, Fernsehen, ... Name Medikamente (falls eingenommen)
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
00:00					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					
	Gesamtmenge:	Gesamtmenge:			