Miktions- und Schmerztagebuch

Tag: …….	**Trinken**		**Wasserlassen**	**Harndrang** Skala 1bis10	**Schmerz** Skala 1bis10	**Besonderheiten**
Uhrzeit	Was?	Wieviel?	Wieviel? (in ml)	0 = kein Drang 10=stäkster Drang	0 = kein Schmerz 10=stäkster Schmerz	z. Bsp.: leichtes Frühstück, 2 Tomaten gegessen, Kalte Füße, Gute Nachrichten, Ärger mit … etc.
7.00 Muster	*Tee*	*200*		*2*	*2*	*Schlecht geschlafen, viel geträumt, leichtes Frühstück*
7.20 Muster			*90*	*7*	*7*	*Kalte Füße*

© ICA-Deutschland e. V. Förderverein Interstitielle Cystitis, Untere Burg 21, 53881 Euskirchen, Patiententelefon: 0163-908-44-93

Miktions- und Schmerztagebuch

Tag: ……..	**Trinken**		**Wasserlassen**	**Harndrang** Skala 1bis10	**Schmerz** Skala 1bis10	**Besonderheiten**
Uhrzeit	Was?	Wieviel?	Wieviel? (in ml)	0 = kein Drang 10=stäkster Drang	0 = kein Schmerz 10=stäkster Schmerz	z. Bsp.: leichtes Frühstück, 2 Tomaten gegessen, Kalte Füße, Gute Nachrichten, Ärger mit … etc.

© ICA-Deutschland e. V. Förderverein Interstitielle Cystitis, Untere Burg 21, 53881 Euskirchen, Patiententelefon: 0163-908-44-93

Kopiervorlage