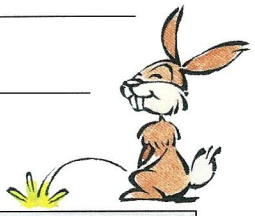
# Miktionsprotokoll

Name: _____ geb.: _____

Medikament / Dosierung: _____



## 1. Tag Datum:

| Uhrzeit | Trinkmenge in ml | Harndrang + ++ | Hose feucht + | Hose nass ++ | zur Toilette gegangen ☺ | zur Toilette gegangen ☹ | Harnmenge in ml oder Windelgewicht in g |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| **Gesamt** | | | | | | | |

**Mein Bett war heute Nacht** ☹ nass ☺ trocken **Ich trage nachts eine Windel** ☺ nein ☹ ja (bitte ankreuzen)

## 2. Tag Datum:

| Uhrzeit | Trinkmenge in ml | Harndrang + ++ | Hose feucht + | Hose nass ++ | zur Toilette gegangen ☺ | zur Toilette gegangen ☹ | Harnmenge in ml oder Windelgewicht in g |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| **Gesamt** | | | | | | | |

**Mein Bett war heute Nacht** ☹ nass ☺ trocken **Ich trage nachts eine Windel** ☺ nein ☹ ja (bitte ankreuzen)

## 3. Tag Datum:

| Uhrzeit | Trinkmenge in ml | Harndrang + ++ | Hose feucht + nass ++ | zur Toilette gegangen ☺ ☹ | Harnmenge in ml oder Windelgewicht in g |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **Gesamt** | | | | | |

**Mein Bett war heute Nacht** ☹ nass ☺ trocken **Ich trage nachts eine Windel** ☺ nein ☹ ja (bitte ankreuzen)

## Liebe Eltern,

mit Hilfe dieses Protokolls, das über drei möglichst zusammenhängende Tage geführt werden soll, unterstützen Sie den behandelnden Arzt bei der Sammlung von Informationen. So wird es möglich, Ursachen und Zusammenhänge zu erkennen, die zu den Beschwerden Ihres Kindes führen, um eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Daher ist es wichtig, das Protokoll sorgfältig zu führen. Die nachfolgenden Hinweise sollen Sie dabei unterstützen.

Die Spalte **Uhrzeit** füllen Sie aus, sobald eine der aufgeführten Aktivitäten stattfindet, zum Beispiel, wenn Ihr Kind etwas trinkt oder wenn es zur Toilette geht. Sie können die Zeiten auch zusammenfassen, z. B. 9:00 bis 10:00 Uhr.

**Trinkmenge:** Schätzen Sie möglichst genau ab, wie viel Ihr Kind getrunken hat. Die folgenden Angaben sollen Ihnen als Orientierung dienen:

Kaffeetasse 100 ml

Becher / große Tasse 200 ml

Wasserglas 200 ml

**Harndrang:** Wenn Ihr Kind Harndrang verspürt, tragen Sie bitte „+“ für starken oder „++“ für sehr starken Harndrang ein.

**Hose:** Notieren Sie bitte, wenn Ihr Kind einnässt. Tragen Sie „+“ für feuchte Hose (wenig Urinverlust) oder „++“ für nasse Hose (starker Urinverlust) ein.

**Zur Toilette gegangen:** Auch hier bitte ein Kreuz bei „ja“ (lachendes Gesicht) oder bei „nein“ (trauriges Gesicht) machen.

**Harnmenge:** Zur Messung der Harnmenge verwenden Sie bitte einen einfachen Messbecher. Tragen Sie den gemessenen Wert in die entsprechende Spalte ein. Wenn Ihr Kind nachts geweckt wurde, kreisen Sie den Wert bitte ein.

**Windelgewicht:** Hat Ihr Kind eine Windel getragen, wiegen Sie diese bitte (in einen einfachen Gefrierbeutel stecken und auf der Küchenwaage wiegen). Tragen Sie das Gewicht (= nasse Windel minus vorher gewogene trockene Windel) in Gramm ein und markieren Sie den Wert mit einem „W“.

*Wir wünschen Ihrem Kind schnelle Besserung!*

## Beispiel

| Uhrzeit | Trinkmenge in ml | Harndrang + ++ | Hose feucht + nass ++ | zur Toilette gegangen ☺ ☹ | Harnmenge in ml oder Windelgewicht in g |
|---|---|---|---|---|---|
| 5:00 | | | ++ | | 80 W |
| 6:00 | | | | ☺ | 80 |
| 7:30 | 200 | | | | |
| 8:45 | | + | | ☺ | 120 |
| | | | | | |

APOGEPHA