



Bitte füllen Sie das Protokoll an zwei aufeinander folgenden Tagen aus.

Mein Protokoll nach der 4. INSTILLATION

(ca. 1 Monat nach Therapiebeginn)



1. Tag

Datum: _____

Uhrzeit hh : mm	Trinkmenge Anzahl	Wasserlassen (ml)	Harndrang			Schmerzen			maximale
			kein 0	5	starker 10	keine 0	5	10	
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
Total			Trinkmenge: Anzahl Gläser/Tassen (ca. 150 ml)						

2. Tag

Datum: _____

Uhrzeit hh : mm	Trinkmenge Anzahl	Wasserlassen (ml)	Harndrang			Schmerzen			maximale
			kein 0	5	starker 10	keine 0	5	10	
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
:									
Total			Trinkmenge: Anzahl Gläser/Tassen (ca. 150 ml)						