



Mein Protokoll nach der 8. INSTILLATION

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

(ca. 5 Monate 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)						