



# Blasentagebuch

Kinderarztpraxis  
Musikowski Rosenberger Berndt

Datum:

Name:

Alter:

Blasenvolumen:

		
Uhrzeit	Getränk	Trinkmenge in ml
7:15	Tee	200

Gesamt in ml: \_\_\_\_\_

			
Uhrzeit	Drangsymptom? (ja / nein)	Schlüpfer feucht? (ja / nein)	Urinmenge in ml
6:50	ja	nein	110
Windelgewicht in g (= ml)			
Erster Morgenurin am nächstem Morgen in ml			

Gesamt in ml : \_\_\_\_\_

Durchschnitt in ml :

Stuhlgang? (ja / nein)

Bett nass / trocken?