

MIKČNÍ DENÍK

1. den

Datum:

DEN

PŘÍJEM TEKUTIN	
Čas	Množství (ml)
např.: 6:45	např.: 150 ml
např.: 8:15	např.: 250 ml
↓	
Denní příjem tekutin celkem:	

MOČENÍ	
Čas	Množství (ml)
např.: 6:30	280 ml
např.: 9:10	220 ml
↓	
Denní objem moči celkem:	

NECHTĚNÝ ÚNIK MOČI	
ANO	<input checked="" type="radio"/> NE
<input checked="" type="radio"/> ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE

NOC

Čas ulehání k spánku22:15.....hod.
Čas vstávání6:30.....hod.
Délka spánku do prvního přerušeni2:30.....hod.

MOČENÍ v noci	
Čas	Množství (ml)
např.: 00:45	300 ml
např.: 2:25	150 ml
Objem první ranní moči:ml	

Počet močení za noc.....2.....x
z toho ...2... x nutkání na močení
z toho x jsem nemohl/a spát
z toho x jiné důvody (uveďte)
.....
.....



Potřeby pro zdraví s.r.o.
E-mail: info@mujpoukaz.cz

ZDARMA dovezeme inkontinenční pomůcky až domů + DÁREK ke každé objednávce

Pomůžeme a vše vysvětlíme na telefonní lince:

+420 733 531 611

MIKČNÍ DENÍK

2. den

Datum:

DEN

PŘÍJEM TEKUTIN	
Čas	Množství (ml)
↓	
Denní příjem tekutin celkem:	

MOČENÍ	
Čas	Množství (ml)
↓	
Denní objem moči celkem:	

NECHTĚNÝ ÚNIK MOČI	
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE
ANO	NE

NOC

Čas ulehání k spánkuhod.
Čas vstáváníhod.
Délka spánku do prvního přerušeníhod.

MOČENÍ v noci	
Čas	Množství (ml)
Objem první ranní moči:	

Počet močení za noc.....x
 z toho x nutkání na močení
 z toho x jsem nemohl/a spát
 z toho x jiné důvody (uvedte)

