

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.



HILFSWERK



TRINK- UND AUSSCHIEDUNGSPROTOKOLL

Flüssigkeitsmengen richtig einschätzen,
Toilettgewohnheiten beobachten, ärztliche Diagnose unterstützen.

Hilfswerk Servicehotline
0800 800 820

mein persönliches Exemplar

CHECKLISTE ZUR SELBSTBEOBACHTUNG (ERFASSUNG IHRER BESCHWERDEN) SOWIE ZUR VORBEREITUNG AUF EINEN ARZTBESUCH

Verlieren Sie unfreiwillig Harn oder Stuhl?	In welchen Situationen kommt es zu Harnverlust?	Haben Sie häufig Stuhlentleerungsstörungen?
<input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> beides	<input type="checkbox"/> beim Husten, Niesen oder Lachen <input type="checkbox"/> bei sportlichen Betätigungen/ körperlicher Anstrengung <input type="checkbox"/> nach dem Wasserlassen <input type="checkbox"/> aus keinem ersichtlichen Grund <input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seit wann?	Wie groß ist die Harnmenge, die Sie dabei verlieren?	Wie oft kommt es zu unfreiwilligem Stuhlverlust?
<input type="checkbox"/> seit einigen Wochen <input type="checkbox"/> seit einigen Monaten <input type="checkbox"/> länger	<input type="checkbox"/> ein paar Tropfen <input type="checkbox"/> ein Schwall <input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> ein Mal pro Woche oder seltener <input type="checkbox"/> zwei bis drei Mal pro Woche <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals täglich <input type="checkbox"/> ständig
Wie oft gehen Sie täglich zur Toilette?	Können Sie Ihre Blase beim Toilettengang komplett entleeren?	Wie ist die Stuhlbeschaffenheit meistens?
<input type="checkbox"/> 3–5 mal <input type="checkbox"/> 6–8 mal <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> flüssig
Wie oft kommt es zu unfreiwilligem Harnverlust?	Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?	Wie stark ist Ihr Alltag durch den Harn-/Stuhlverlust beeinträchtigt?
<input type="checkbox"/> ein Mal pro Woche oder seltener <input type="checkbox"/> zwei bis drei Mal pro Woche <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals täglich <input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark