Miktionslista. KVINNA.

Namn …….

Person:nr ……

Datum ……

❑Arbete ❑Ledig

Återspeglar listan ditt normala vätskeintag och antal toalettbesök ❑Ja ❑Nej

Fyll i listan från före frukost till före frukost dagen därpå. Drick inte efter kl. 19.

Klockslag	**Vätskemängd (dl)**	**Blåstömning (dl)**	**Trängning (skala 1-3)**	**Läckagemängd (kryssa x, xx el xxx)**	**Aktivitet**

Jag gick upp kl:	Jag gick och lade mig kl:

Dr Lars Sandfeldt 211208