medix

Blasentagebuch

Name/ID: ……

Geburtsdatum: ……....

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Blasentagebuch zur nächsten Konsultation mit.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Um Ihre Blasenstörung genauer zu beurteilen, haben wir Ihnen dieses Blasentagebuch mitgegeben. Bitte führen Sie das Tagebuch an mindestens drei für Sie typischen (normalen) Tagen, damit die erhobenen Werte möglichst aussagekräftig sind. Dies erlaubt uns, die Funktion Ihrer Blase genau zu erfassen, um für Sie die bestmögliche Therapie zu finden.

Zum Vorgehen:

Wir bitten Sie, das Tagebuch jedes Mal wenn Sie etwas trinken, Wasser lassen oder unfreiwillig Urin verlieren, mit der Uhrzeit und den Details auszufüllen. Bitte verwenden Sie für jeden Tag eine separate Seite und schreiben Sie oben das Datum hin. Beginnen Sie das Tagebuch mit dem ersten Ereignis direkt nachdem Sie aufgewacht sind am Morgen. Notieren Sie jedes Mal wenn Sie etwas trinken oder Wasser lassen die Trinkmenge* (Richtwerte siehe unten) beziehungsweise Urinmenge sowie die Stärke des Harndrangs/Gefühl der Blasenfüllung**, auch während der Nacht. Bitte verwenden Sie einen Messbecher, um die Urinmenge in Millilitern (mL) zu messen, und bewerten Sie die Stärke des Harndrangs** und der Schmerzen*** jedes Mal beim Wasserlassen. Falls Sie einen Katheter für die Blasenentleerung benutzen, messen Sie zusätzlich das durch den Katheter entleerte Volumen. Bei unfreiwilligem Urinverlust notieren Sie bitte den Schweregrad des ungewollten Urinverlustes sowie den Wechsel und den Zustand der Einlage (Nässegrad).

Beispieleinträge für das Blasentagebuch sehen Sie unten aufgelistet.

Richtwerte für Trinkmengen	
kleine Tasse	100 mL
grosse Tasse	200 mL
normales Glas	200 mL
mittleres Glas	300-400 mL
grosses Glas	500 mL

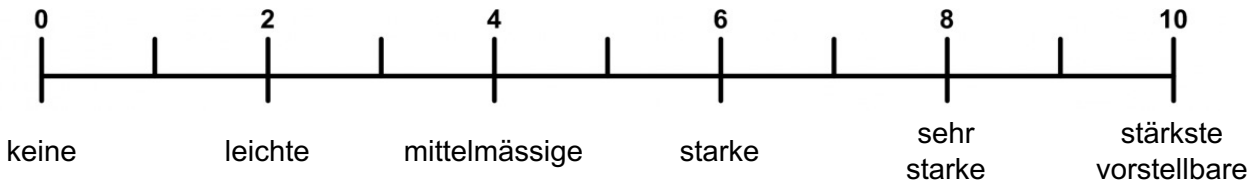
Uhrzeit (hh:mm) *bis & mit nächstem Morgen/ Aufwachzeit*	**Trink-menge*** in mL	**Urin-menge** durch **Harnröhre** in mL	**Urin-menge** durch **Katheter** in mL	**Stärke des Harndrangs****					**Schmerz-stärke***** (Zahl: 0-10)	Ungewollter **Urinverlust**				Wechsel der **Einlage** (X)	**Qualität** der Einlage		
				0	1	2	3	4		keinen	wenig	mittel	stark		trocken	feucht	nass
07:20	-	250	30				x		3		x			x		x	
09:00	200	-	-						-					-			
20:00	-	150	20			x			1	x				-			
07:30		230	40			x			2	x				x			x

** **Stärke des Harndrangs / Gefühl der Blasenfüllung** (0 – 4): Was war der Grund für Ihr Wasserlassen? Beachten Sie die folgende Einteilung und wählen Sie die am besten zutreffende Aussage:

0 Kein	Ich hatte nicht das Gefühl die Blase entleeren zu müssen, habe es aber aus anderen Gründen getan.
1 Gering	Ich hätte das Wasserlassen so lange wie nötig hinauszögern können, ohne Angst zu haben, den Urin ungewollt zu verlieren.
2 Mittelmässig	Ich hätte das Wasserlassen etwas hinauszögern können, ohne Angst zu haben, ungewollt Urin zu verlieren.
3 Stark	Ich konnte das Wasserlassen nicht hinauszögern und musste mich beeilen, um auf die Toilette zu gelangen, damit ich nicht ungewollt Urin verliere.
4 Stark mit Urinverlust	Der Harndrang war so stark, dass ich das Wasserlassen nicht mehr hinauszögern konnte und bereits ungewollt Urin verlor, bevor ich die Toilette erreicht hatte.

*** **Schmerzen** können anhand der unten aufgeführten visuellen Schmerzskala von 0 bis 10 abgeschätzt und anschliessend ins Blasentagebuch eingetragen werden.

***** Schmerzstärke**



Aufwachzeit:_____:_____ Einschlafzeit:_____:_____ ID: _____

Datum: ____/____/20____ (1. Tag)

Uhrzeit (hh:mm) *bis & mit nächstem Morgen/ Aufwachzeit*	**Trink-menge*** in mL	**Urin-menge** durch **Harnröhre** in mL	**Urin-menge** durch **Katheter** in mL	**Stärke des Harndrangs**** 0	1	2	3	4	**Schmerz-stärke***** (Zahl: 0-10)	Ungewollter **Urinverlust** keinen	wenig	mittel	stark	Wechsel der **Einlage** (X)	**Qualität** der Einlage trocken	feucht	nass

Kommentare / Besondere Ereignisse:

Bsp.: Medikamente vergessen, Durchfall, unterwegs

** Stärke des Harndrangs

0 — kein
1 — gering
2 — mittelmässig
3 — stark
4 — stark mit Urinverlust

*** Schmerzstärke

0 — keine
2 — leichte
4 — mittelmässige
6 — starke
8 — sehr starke
10 — stärkste vorstellbare

Aufwachzeit:_____:_____ Einschlafzeit:_____:_____ ID: _____

Datum: ____/____/20____ (2. Tag)

Uhrzeit (hh:mm) *bis & mit nächstem Morgen/ Aufwachzeit*	**Trink-menge*** in mL	**Urin-menge** durch **Harnröhre** in mL	**Urin-menge** durch **Katheter** in mL	**Stärke des Harndrangs**** 0	1	2	3	4	**Schmerz-stärke***** (Zahl: 0-10)	Ungewollter **Urinverlust** keinen	wenig	mittel	stark	Wechsel der **Einlage** (X)	**Qualität** der Einlage trocken	feucht	nass

Aufwachzeit:_____:_____ Einschlafzeit:_____:_____ ID: _____

Datum: ____/____/20____ (3. Tag)

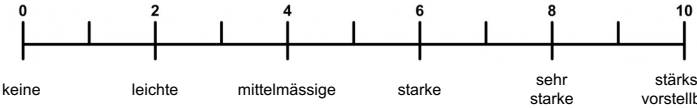
Uhrzeit (hh:mm) *bis & mit nächstem Morgen/ Aufwachzeit*	**Trink-menge*** in mL	**Urin-menge** durch **Harnröhre** in mL	**Urin-menge** durch **Katheter** in mL	**Stärke des Harndrangs**** 0	1	2	3	4	**Schmerz-stärke***** (Zahl: 0-10)	Ungewollter **Urinverlust** keinen	wenig	mittel	stark	Wechsel der **Einlage** (X)	**Qualität** der Einlage trocken	feucht	nass

Kommentare / Besondere Ereignisse:

Bsp.: Medikamente vergessen, Durchfall, unterwegs

** Stärke des Harndrangs

*** Schmerzstärke



Aufwachzeit:_____:_____ Einschlafzeit:_____:_____ ID: _____

Datum: ____/____/20____ (____. Tag)

Uhrzeit (hh:mm) *bis & mit nächstem Morgen/ Aufwachzeit*	**Trink-menge*** in mL	**Urin-menge** durch **Harnröhre** in mL	**Urin-menge** durch **Katheter** in mL	**Stärke des Harndrangs**** 0	1	2	3	4	**Schmerz-stärke***** (Zahl: 0-10)	Ungewollter **Urinverlust** keinen	wenig	mittel	stark	Wechsel der **Einlage** (X)	**Qualität** der Einlage trocken	feucht	nass