MICTIE / DEFECATIE LIJST

Naam : _____
Geboorte datum : ___-___-_____ (dd-mm-jjjj)
Telefoonnummer : _____

BEKKEN ZORG CENTRUM BUITER

INVULLEN

- Wanneer u naar het toilet bent geweest om te plassen of ontlasting heeft gehad.
- Wanneer u ongewild urineverlies heeft gehad.
- Wanneer u iets gedronken heeft.

OPMERKINGEN

- Begin in te vullen bij het opstaan 's ochtends
- 24 uur achtereen noteren
- Zoveel mogelijk het normale toilet gedrag handhaven

Dag van de Week : Ma / Di / Wo / Do / Vr / Za / Zo (doorhalen wat niet van toepassing is)
Datum : ___-___-_____ (dd-mm-jjjj)

Drinken		Plassen		Ongewild urineverlies		Ontlasting	
Tijd	Hoeveelheid in ml	Tijd	Hoeveelheid in ml	Tijd	Hoeveelheid (1,2,3)	Tijd	Consistentie bijzonderheden

Drinken: Glas = 150 ml
Kopje = 125 ml
Mok = 200 ml

Ongewild urineverlies: 1 = enkele druppels
2 = geringe hoeveelheid
3 = veel (verwisselen kleding)

Prins Hendrikkade 114a · 7941 ME Meppel · T 0522-244519 · F 0522-244678 · E info@bekkenzorgcentrumbuiter.nl
BANK 57.76.25.047 · KvK 01165467 · BTW NL102497588B01 · www.bekkenzorgcentrumbuiter.nl