SAKRALE NEUROMODULATION

ZUR BEHANDLUNG VON FUNKTIONSSTÖRUNGEN VON BLASE UND DARM

Symptom-Tagebuch für die Blase (Miktionstagebuch)

Tragen Sie bitte, für die mit Ihrem Arzt vereinbarte Anzahl an Tagen, Ihre Symptome in dieses Tagebuch ein.

Wenn Sie an einem Tag keine Inkontinenzepisode und/oder keinen Harndrang hatten, geben Sie dies bitte auch an.

Bitte bringen Sie dieses Tagebuch zu Ihrem nächsten Arztbesuch mit.

Name des Patienten _____

Startdatum _____

Geburtsdatum _____

Medtronic
Further, Together

Einstufung des Harndrangs

0 = Es war nicht dringend.

+ = Ich musste innerhalb von 10 Minuten auf die Toilette gehen.

++ = Ich musste sofort auf die Toilette gehen.

Angaben für Trinkmenge bzw. zur Einschätzung der Urinmenge

100 ml entspricht etwa 1 Kaffeetasse

200 ml entspricht etwa 1 normalen Trinkglas

300-400 ml entspricht etwa 1 großen Trinkglas

Haben Sie zusätzlich

☐ Stuhlinkontinenz?

Wenn ja, wie häufig: _____

☐ Verstopfung?

Wenn ja, wie häufig: _____

Bitte halten Sie in den Notizen fest, falls durch die sakrale Neuromodulation auch Änderungen bei diesen Symptomen eintreten.

Untersuchungszeitpunkt

☐ vor der Testphase

☐ während der Testphase

Folgeuntersuchung:

☐ 1 Monat

☐ 3 Monate

☐ 6 Monate

☐ 12 Monate

☐ ____ Monate

Tag	Uhrzeit	Trink-menge (ml)	Toiletten-gang (Harn)	Harnver-lust	Vorlagen-wechsel J oder N	Einstufung des Harndrangs (siehe erste Seite)
1	8:15		✓	✓	J	O

Harnmenge beim Wasserlassen (ml)	Harnmenge über Katheter (ml)	Anmerkungen
150 ml	100 ml	Hier können Sie Ihre Notizen eintragen. Beispiele: Medikament XY eingenommen; besondere Aktivität wie z.B. "Trampolin springen"; Beschwerden

Tag	Uhrzeit	Trink-menge (ml)	Toiletten-gang (Harn)	Harnver-lust	Vorlagen-wechsel J oder N	Einstufung des Harndrangs (siehe erste Seite)

Harnmenge beim Wasserlassen (ml)	Harnmenge über Katheter (ml)	Anmerkungen

Tag	Uhrzeit	Trink-menge (ml)	Toiletten-gang (Harn)	Harnver-lust	Vorlagen-wechsel J oder N	Einstufung des Harndrangs (siehe erste Seite)

Harnmenge beim Wasserlassen (ml)	Harnmenge über Katheter (ml)	Anmerkungen

Tag	Uhrzeit	Trink-menge (ml)	Toiletten-gang (Harn)	Harnver-lust	Vorlagen-wechsel J oder N	Einstufung des Harndrangs (siehe erste Seite)

Harnmenge beim Wasserlassen (ml)	Harnmenge über Katheter (ml)	Anmerkungen

Tag	Uhrzeit	Trink-menge (ml)	Toiletten-gang (Harn)	Harnver-lust	Vorlagen-wechsel J oder N	Einstufung des Harndrangs (siehe erste Seite)

Harnmenge beim Wasserlassen (ml)	Harnmenge über Katheter (ml)	Anmerkungen

Tag	Uhrzeit	Trink-menge (ml)	Toiletten-gang (Harn)	Harnver-lust	Vorlagen-wechsel J oder N	Einstufung des Harndrangs (siehe erste Seite)

Harnmenge beim Wasserlassen (ml)	Harnmenge über Katheter (ml)	Anmerkungen

Tag	Uhrzeit	Trink-menge (ml)	Toiletten-gang (Harn)	Harnver-lust	Vorlagen-wechsel J oder N	Einstufung des Harndrangs (siehe erste Seite)

Harnmenge beim Wasserlassen (ml)	Harnmenge über Katheter (ml)	Anmerkungen

Notizen

Notizen

Praxisstempel:

Sie möchten sich mit Patienten austauschen, die bereits die InterStim-Therapie nutzen?

Patienten.Austausch@medtronic.de

www.medtronic.de

Europa
Medtronic International Trading Sàrl.
Route du Molliau 31
Case postale
CH-1131 Tolochenaz
www.medtronic.eu
Telefon: +41 (0)21 802 70 00
Telefax: +41 (0)21 802 79 00

Deutschland
Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
DE-40670 Meerbusch
deutschland@medtronic.com
www.medtronic.de
Telefon: +49 (0)2159 81 49 0
Telefax: +49 (0)2159 81 49 100

UC201602032DE ©2015 Medtronic. Alle Rechte vorbehalten. Gedruckt in Europa.

Medtronic