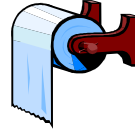| Datum:	Aktivitäten zur der Zeit	Getränke		Wasserlassen			Unkontrollierter Urinverlust	Starker Harndrang?			Schmerz
Uhrzeit	Schlafen, Sport, Essen, Sex, Heben, Niesen, Medikamenteneinnahme	**Art** Wasser, Tee, Kaffee	**Menge** Tasse(150 ml), Glas (200 ml), Flasche (0,5 ml)	**Häufig-keit**	**Menge** (Bitte ankreuzen)	**Menge in ml**	**Menge** (Bitte ankreuzen)	**Bitte ankreuzen** 0 entspr. kein Drang 10 entspr. starker Drang			**Bitte angeben** 0 entspr. kein Schmerz 10 entspr. starker Schmerz
Beispiel	Am Schreibtisch sitzen	Cola	1 Glas	✓✓	○◡●		○◡●	**Ja**	**0 – 10**	**Nein**	**0 – 10**
6 – 7					○◡●		○◡●				
7 – 8					○◡●		○◡●				
8 – 9					○◡●		○◡●				
9 – 10					○◡●		○◡●				
10 – 11					○◡●		○◡●				
11 – 12					○◡●		○◡●				
12 – 13					○◡●		○◡●				
13 – 14					○◡●		○◡●				
14 – 15					○◡●		○◡●				
15 – 16					○◡●		○◡●				
16 – 17					○◡●		○◡●				
17 – 18					○◡●		○◡●				
18 – 19					○◡●		○◡●				
19 – 20					○◡●		○◡●				
20 – 21					○◡●		○◡●				
21 – 22					○◡●		○◡●				
22 – 23					○◡●		○◡●				
23 – 24					○◡●		○◡●				
0 – 1					○◡●		○◡●				
1 – 2					○◡●		○◡●				
2 – 3					○◡●		○◡●				
3 – 4					○◡●		○◡●				
4 – 5					○◡●		○◡●				
5 – 6					○◡●		○◡●				