Name: Datum: Wochentag: Medikamente:

Uhrzeit	Trinken (Menge in ml und Getränk)	Urinmenge (in ml)	Harndrang				Schmerzen				Unkontrollierter Urinverlust				Kommentare (z.B.: Blut im Harn, Regel, während/nach Sport, …)
			0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	

CHRONISCH KRANK Österreich

Sonstiges: _____

Selbsthilfegruppe
Interstitielle Zystitis (IC) Österreich
www.chronischkrank.at/verein/unsere-selbsthilfegruppen/ic-oesterreich/
E-Mail: ic-österreich@chronischkrank.at
Facebook-Gruppe: Interstitielle Zystitis (IC) Österreich

Anzahl der Toilettengänge: Trinkmenge gesamt: Urinmenge gesamt: