|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Pesel** |  |
| **Dzień 1, data** |  |
| Czas dnia | Ilość wypitych płynów  | Każde oddawanie moczu  | Uczucie silnego, przytłaczającego przymusu | Nietrzymanie moczu  | V jakiej sytuacji doszło do nietrzymania moczu |
|  |  | Prosimy, zaznaczyć pole zgodnie z odpowiednim przedziałem czasowym |  |
| *przykład* | 200 ml | x | x |  |  |  | x |  |  |  |  | x | x |  |  |  | nucení, kašel |
| **06 - 09** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **09 - 12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12 - 15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15 - 18** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18 - 21** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21 - 24** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **00 - 06** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma** |  |  |  |  |  |
| **Dzień 2, data** |  |
| Czas dnia | Ilość wypitych płynów  | Każde oddawanie moczu  | Uczucie silnego, przytłaczającego przymusu | Nietrzymanie moczu  | V jakiej sytuacji doszło do nietrzymania moczu |
|  |  | Prosimy, zaznaczyć pole zgodnie z odpowiednim przedziałem czasowym |  |
| **06 - 09** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **09 - 12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12 - 15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15 - 18** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18 - 21** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21 - 24** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **00 - 06** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma** |  |  |  |  |  |