

EIN- / AUSFUHKONTROLLE

Name, Klient : _____

Datum	Trinkmenge [ml]	Infusionen [ml]	Summe [ml]	Urin [ml]
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				

Monat _____ Jahr _____

Datum	Trinkmenge [ml]	Infusionen [ml]	Summe [ml]	Urin [ml]
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

www.pflegeberatung.or.at

Trinkmenge: Alle eindeutigen Flüssigkeiten, die per oral oder über enterale Ernährungssonde zugeführt werden (Tee, Kaffee, Wasser, Limonade, Suppe, Sondennahrung etc.)

Infusionen: intravenös, subcutan, Portacath

Urin: Katheterharn, Spontanharn