



DAK-Versicherungsexperten informieren und beraten Sie über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft.

DAKdirekt 01801 – 325 325

24 Stunden an 365 Tagen – zum Ortstarif aus dem deutschen Festnetz.

www.dak.de

Das **DAK-Asthma-Expertentelefon** ist für Sie unter **0180 – 1000 701** zu erreichen.
Montags bis freitags von 8:00 bis 20:00 Uhr – zum Ortstarif aus dem deutschen Festnetz.

Mein Asthma-Tagebuch.

DAK-Gesundheitsprogramm Asthma bronchiale.



Deutsche Atemwegsliga e.V.

DAK

Unternehmen Leben



... Daher messe ich jeden Tag meinen Peak-Flow* und trage die Werte in „Mein Asthma-Tagebuch“ ein.

Du weißt nicht, wie das geht? Keine Sorge, das erkläre ich Dir auf den nächsten Seiten!

Dieses Tagebuch ist für Dich!

Wenn Du jeden Tag aufschreibst, wie es Deiner Lunge geht, weißt Du nach einiger Zeit sehr gut darüber Bescheid, wann die Werte besser oder schlechter sind.

Auch Dein Arzt kann genau erkennen, welche Medikamente für Dich gut sind.

Deshalb nicht vergessen:
Nimm Dein Asthma-Tagebuch immer mit zum Arzt!"

*englisch, gesprochen: Piek Flo

Bitte eintragen

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Unverträglichkeiten: Schmerz- oder Rheumamittel Penicillin

andere: _____

In Notfällen bitte informieren

Name, Vorname (z. B. Vater): _____

Telefon: _____

Name, Vorname (z. B. Mutter): _____

Telefon: _____

Mein Arzt

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax: _____

Therapie

Persönlicher Peak-Flow-Bestwert _____ l/min

bei Theophyllin-Dosierung: _____ mg/Tag

Theophyllin-Spiegel _____ mg/l am _____ (Datum)

Besondere Probleme/Begleiterkrankungen

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Asthma-Anfälle

Datum _____ Schweregrad _____

Schweregrade: 1 = leicht; 2 = mittel; 3 = schwer

Weitere wichtige Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden müssen



Mit dem **Peak-Flow-Meter** kannst Du prüfen, wie gut es Deiner Lunge geht. „Peak-Flow“ ist ein englisches Wort und wird „Piek Flo“ ausgesprochen. David kennt das Peak-Flow-Meter schon – es geht ganz einfach.

Als erstes stellst Du Dich hin. Stell den Zeiger am Gerät auf „Null“ (bei manchen Geräten musst Du aufpassen, dass Du den Zeiger nicht festhältst). Jetzt atmest Du so tief wie möglich ein. Halte das Gerät waagrecht (wie eine Flöte). Nimm das Mundstück in den Mund, umschließe es fest mit Deinen Lippen und puste so kräftig und schnell wie Du kannst in das Gerät – so, als ob Du eine Kerze ausblasen würdest. Stell den Zeiger wieder auf „Null“ und wiederhole die Messung noch zweimal. Es ist sinnvoll, drei Messungen durchzuführen. Den höchsten Wert trägst Du dann in Dein Tage-

buch ein. Am besten pustest Du morgens vor dem Inhalieren und nachdem Du das Inhaliergerät ausgewaschen hast. Falls Du ein Dosieraerosol oder ein Pulver inhalierst, pustest Du am besten vor dem Inhalieren und nach dem Zähneputzen.

Tipp:

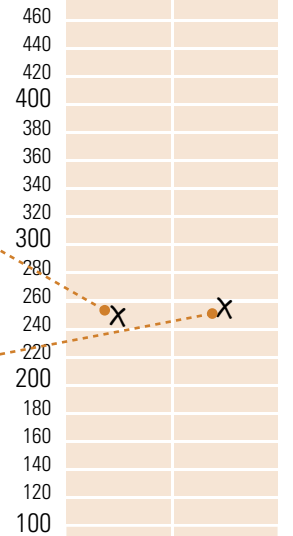
„Lotto spielen“: Vor dem Pusten gibst Du einen Tipp ab, welchen Wert Du gleich wohl pusten wirst. Wenn der Tipp stimmt, hast Du gut in Dich hineingehorcht!

So führst Du Dein Tagebuch richtig:

- Hier trägst Du das Datum ein.
- Hier kreuzt Du Dein Messergebnis **vor** der Inhalation an ...
- ... und hier kreuzt Du das Messergebnis **nach** der Inhalation an.
- Wenn Du die Kästchen so ankreuzt, würde das zum Beispiel bedeuten: starker Husten, aber keine Atemnot und keine Beschwerden bei körperlicher Anstrengung.
- Die Scheiben zeigen einen Teil der Bronchus-Röhren, durch die die Luft wandert. Bei der 1. Scheibe ist alles normal. Bei der 4. Scheibe kriegst Du fast überhaupt keine Luft mehr. Kreuze an, welche Scheibe heute für Dich zutrifft (zum Beispiel hier die 2. Scheibe).
- Hier machst Du ein Kreuzchen bei Pollenflug, Infekten oder Urlaub.
- Hier trägst Du ein, ob und wie viel Bedarfsmedikamente Du gebraucht hast.

Datum **31.05.07**

vor Inhalation nach Inhalation



	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Atemnot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Bronchiescheibe passt heute für Dich?

1. 2. 3. 4.

Pollenflug	ja <input type="checkbox"/>
Infekte	ja <input checked="" type="checkbox"/>
Urlaub	ja <input type="checkbox"/>

Bedarfsmedikation:
 Anzahl der Hübe **0**
 Was war heute sonst noch wichtig?
Grippe

Diese Dauermedikamente gegen Asthma hast Du diese Woche genommen:	Medikament	Dosis (Wie viel?)
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

Peak-Flow-Protokolle

Woche 1

Datum								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation
460								
440								
420								
400								
380								
360								
340								
320								
300								
280								
260								
240								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
Hier kreuzt Du Deine Peak-Flow-Werte an (l/min)								
Husten	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Bronchien-scheibe passt heute für Dich?	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
Pollenflug	ja <input type="checkbox"/>				ja <input type="checkbox"/>			
Infekte	ja <input type="checkbox"/>				ja <input type="checkbox"/>			
Urlaub	ja <input type="checkbox"/>				ja <input type="checkbox"/>			
Bedarfsmedikation: Anzahl der Hübe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Was war heute sonst noch wichtig?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diese Dauermedikamente gegen Asthma hast Du diese Woche genommen:	Medikament				Dosis			
	1. <input type="text"/>				<input type="text"/>			
	2. <input type="text"/>				<input type="text"/>			
	3. <input type="text"/>				<input type="text"/>			

Peak-Flow-Protokolle

Woche 3

Datum

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

460
440
420
400
380
360
340
320
300
280
260
240
220
200
180
160
140
120
100

Hier kreuzt
Du Deine
Peak-Flow-
Werte an
(l/min)

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husten
Atemnot
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung

Welche Bronchien-
scheibe passt heute
für Dich?

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

Pollenflug
Infekte
Urlaub

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

Bedarfsmedikation:
Anzahl der Hübe

Was war heute
sonst noch wichtig?

Diese Dauermedika-
mente gegen Asthma
hast Du diese Woche
genommen:

Medikament
1. _____
2. _____
3. _____

Dosis

Medikament
4. _____
5. _____
6. _____

Dosis

Peak-Flow-Protokolle

Woche 4

Datum

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

460
440
420
400
380
360
340
320
300
280
260
240
220
200
180
160
140
120
100

Hier kreuzt
Du Deine
Peak-Flow-
Werte an
(l/min)

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husten
Atemnot
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung

Welche Bronchien-
scheibe passt heute
für Dich?

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

Pollenflug
Infekte
Urlaub

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

Bedarfsmedikation:
Anzahl der Hübe

Was war heute
sonst noch wichtig?

Diese Dauermedika-
mente gegen Asthma
hast Du diese Woche
genommen:

Medikament
1. _____
2. _____
3. _____

Dosis

Medikament
4. _____
5. _____
6. _____

Dosis

Peak-Flow-Protokolle

Woche 5

Datum	[]		[]		[]		[]		[]		[]	
	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation
460												
440												
420												
400												
380												
360												
340												
320												
300												
280												
260												
240												
220												
200												
180												
160												
140												
120												
100												
Husten	kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark	
Atemnot	[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []	
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung	[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []	
Welche Bronchien-scheibe passt heute für Dich?	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
	3.	4.	3.	4.	3.	4.	3.	4.	3.	4.	3.	4.
Pollenflug	ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
Infekte	ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
Urlaub	ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
Bedarfsmedikation: Anzahl der Hübe	[]		[]		[]		[]		[]		[]	
Was war heute sonst noch wichtig?	_____		_____		_____		_____		_____		_____	
Diese Dauermedikamente gegen Asthma hast Du diese Woche genommen:	Medikament				Dosis				Medikament			Dosis
	1. _____				_____				4. _____			_____
	2. _____				_____				5. _____			_____
	3. _____				_____				6. _____			_____

Peak-Flow-Protokolle

Woche 8

Datum	[]		[]		[]		[]		[]		[]	
	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation	vor Inhalation	nach Inhalation
460												
440												
420												
400												
380												
360												
340												
320												
300												
280												
260												
240												
220												
200												
180												
160												
140												
120												
100												
Husten	kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark		kein(e) wenig mittel stark	
Atemnot	[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []	
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung	[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []	
Welche Bronchien-scheibe passt heute für Dich?	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
	3.	4.	3.	4.	3.	4.	3.	4.	3.	4.	3.	4.
Pollenflug	ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
Infekte	ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
Urlaub	ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
Bedarfsmedikation: Anzahl der Hübe	[]		[]		[]		[]		[]		[]	
Was war heute sonst noch wichtig?	_____		_____		_____		_____		_____		_____	
Diese Dauermedikamente gegen Asthma hast Du diese Woche genommen:	Medikament				Dosis				Medikament			Dosis
	1. _____				_____				4. _____			_____
	2. _____				_____				5. _____			_____
	3. _____				_____				6. _____			_____

Peak-Flow-Protokolle

Woche 10

Datum

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

460
440
420
400
380
360
340
320
300
280
260
240
220
200
180
160
140
120
100

Hier kreuzt
Du Deine
Peak-Flow-
Werte an
(l/min)

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husten
Atemnot
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung

Welche Bronchien-
scheibe passt heute
für Dich?

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

Pollenflug
Infekte
Urlaub

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

ja
ja
ja

Bedarfsmedikation:
Anzahl der Hübe

Was war heute
sonst noch wichtig?

Diese Dauermedika-
mente gegen Asthma
hast Du diese Woche
genommen:

Medikament

1. _____
2. _____
3. _____

Dosis

Medikament

4. _____
5. _____
6. _____

Dosis

Peak-Flow-Protokolle

Woche 11

Datum

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

vor Inhalation nach Inhalation

460
440
420
400
380
360
340
320
300
280
260
240
220
200
180
160
140
120
100

Hier kreuzt
Du Deine
Peak-Flow-
Werte an
(l/min)

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husten
Atemnot
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung

Welche Bronchien-
scheibe passt heute
für Dich?

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

1.	2.
3.	4.

Pollenflug
Infekte
Urlaub

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

Bedarfsmedikation:
Anzahl der Hübe

Was war heute
sonst noch wichtig?

Diese Dauermedika-
mente gegen Asthma
hast Du diese Woche
genommen:

Medikament

1. _____

2. _____

3. _____

Dosis

Medikament

4. _____

5. _____

6. _____

Dosis



Anzeichen eines Asthma-Anfalls:

- Langsam oder plötzlich einsetzend
- Luftnot, Beklemmung
- Pfeifen
- Festsitzender Husten
- Wenn der Lungendetektiv Scheibe 3 oder 4 angibt
- Abfall des Peak-Flows unter _____ Liter/Minute

Das ist zu tun:

1. Stufe

- Kutschersitz oder Torwartstellung mit Lippenbremse
- 2 bis 3 Hübe Notfallspray
- Weiter Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse

Wenn nach 10 Minuten keine Besserung (zum Beispiel wenn Peak-Flow nicht ansteigt)

2. Stufe

- 2 bis 3 Hübe Notfallspray
- Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse
- Notfalltablette (Kortison),
zum Beispiel _____, einnehmen

Wenn nach 10 Minuten keine Besserung

3. Stufe

- Notarzt rufen: **112**
- Arzt _____
und Eltern _____ verständigen
- Weiter Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse