

Asthma - Tagebuch

Peak-Flow-Werte und Asthmakontrolltest (ACT™)



Persönliche Daten

Name _____

Straße _____

Ort _____

Im Notfall benachrichtigen:

Name _____

Telefon _____

Arzt _____

Stempel

Bekannte Allergien _____

Unverträglichkeiten _____

Ständige Medikamente wegen anderer Erkrankungen _____

Persönlicher Peak-Flow-Bestwert _____ (l/min)

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Tagebuch soll Ihnen dabei helfen, besser mit Ihrem Asthma zu leben und Ihre Therapie eigenverantwortlich optimal zu gestalten.

Damit Sie im Umgang mit Ihrem Asthma sicherer werden und eine bessere Übersicht über den Krankheitsverlauf erhalten, messen Sie bitte regelmäßig Ihre Lungenfunktion mit einem Peak-Flow-Meter. Hierbei handelt es sich um ein digitales oder mechanisches Gerät, das die maximale Strömungsgeschwindigkeit während des Ausatmens (in Liter pro Minute) misst. Die Werte tragen Sie bitte täglich ins Asthma-Protokoll (ab Seite 14) ein.

Für einen eigenverantwortlichen Umgang mit Ihrem Asthma ist es wichtig, dass Sie Ihre Peak-Flow-Werte regelmäßig messen. Mit Ihrer Hilfe können Sie subjektiv empfundene Symptome leichter selbst kontrollieren und so Ihre Lebensqualität steigern. Ein drohender Anfall wird früher erkennbar. Sie können schneller reagieren. Ihrem Arzt helfen die Werte bei der Einschätzung, ob eine Anpassung der Therapie notwendig ist. Deshalb sollten Sie dieses Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitbringen.

Neben den Asthma-Protokollen enthält dieses Tagebuch alle 4 Wochen einen Asthmakontrolltest (ACT™). Mit dessen Hilfe können Sie über einen längeren Zeitraum kontrollieren, ob Sie Ihr Asthma im Griff haben.

Viel Erfolg wünscht Ihnen
Ihre Orion Pharma GmbH

Ein kurzer Überblick

In diesem Asthma-Tagebuch sind vier Hilfsmittel enthalten, mit denen es Ihnen leichter fällt, Ihr Asthma zu kontrollieren.

1 Peak-Flow-Messung

Messen Sie täglich Ihre Peak-Flow-Werte, um Ihre Lungenfunktion zu prüfen.

Weitere Infos: Seite 6/7



3 Ampelschema

Interpretieren Sie Ihre Werte mithilfe des Ampelschemas der Deutschen Atemwegsliga e.V. oder mit einer Peak-Flow-Scheibe.

Weitere Infos: Seite 10/11



2 Asthma-Protokoll

Tragen Sie Ihre Werte für eine bessere Übersicht in das Asthma-Protokoll ein.

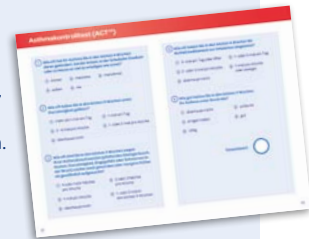
Ausführliche Anleitung: Seite 8/9
Protokolle ab Seite 14/15



4 Asthmakontrolltest (ACT™)

Führen sie alle 4 Wochen den Asthmakontrolltest durch, um zu kontrollieren, ob Sie Ihr Asthma optimal im Griff haben.

Ausführliche Anleitung: Seite 12/13
Test ab Seite 22/23



Die richtige Peak-Flow-Messung

Mithilfe des Peak-Flow-Meters können Sie ganz leicht selbst Ihre Lungenfunktion messen. Hohe Peak-Flow-Werte zeigen dabei eine gute Lungenfunktion an. Eine Verengung der Bronchien führt hingegen zu niedrigen Messwerten.



Wie messe ich den Peak-Flow-Wert?

- Zeiger vor der Messung auf 0 stellen
- Gerät waagrecht vor den Mund halten
- Tief einatmen
- Lippen fest um das Mundstück schließen
- So kräftig und schnell wie möglich in das Gerät pusten (so wie beim Ausblasen einer Kerze).

Es kommt nicht auf eine lange Ausatmung an, sondern auf einen kurzen heftigen Atemstoß.

- Der Zeiger bzw. das Display zeigt Ihren Wert an
- Den Wert merken und Messung 2-mal wiederholen
- Den höchsten Wert in das Asthma-Protokoll eintragen

Häufige Fehler

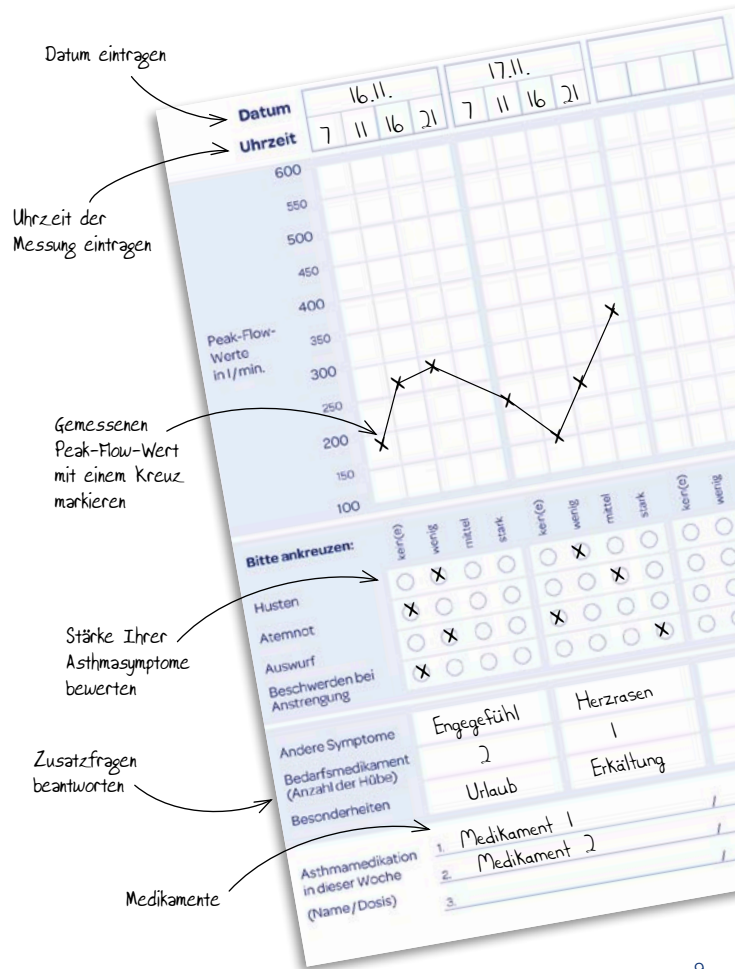
Um sichere und zutreffende Werte zu erhalten, sollten Sie folgende Fehler bei der Peak-Flow-Messung vermeiden:

- Zu schwacher Atemstoß
- Ins Gerät husten
- Finger behindern den Zeiger (bei mechanischen Geräten)
- Auslassdüsen werden durch Finger verdeckt

Was trage ich in das Asthma-Protokoll ein?

- 1 Obere Spalte: Datum und Uhrzeit der jeweiligen Messung.
-> Wir empfehlen mindestens 2-mal täglich zur gleichen Uhrzeit zu messen. Bei starken Beschwerden und Atemnot sollten Sie unbedingt eine zusätzliche Messung durchführen
- 2 Tabelle: Kreuzen Sie den gemessenen Peak-Flow-Wert möglichst genau an
- 3 Zusatzfragen: Bewerten Sie die Stärke Ihrer Asthmasymptome

Am Ende der Woche tragen Sie Ihre Medikation in die untere Spalte ein und verbinden die Kreuze miteinander. So können Sie den Verlauf Ihres Asthmas leichter beobachten.



Persönlicher Peak-Flow-Bestwert

Unter Berücksichtigung Ihres persönlichen Peak-Flow-Bestwertes können Sie Ihre täglichen Messwerte interpretieren (siehe nächste Seite).

Der Bestwert lässt sich nur unter optimaler medikamentöser Therapie und in einer stabilen Krankheitsphase eindeutig bestimmen.

Messen Sie 14 Tage lang 3-mal täglich Ihren Peak-Flow-Wert und notieren Sie die Ergebnisse. Ihr Bestwert entspricht dem höchsten Wert all Ihrer Messungen.

Interpretation der Werte

Interpretation der Peak-Flow-Werte

Auf der letzten Seite dieses Tagebuches finden Sie das **Ampelschema** der Deutschen Atemwegsliga e. V. Es hilft Ihnen dabei, Ihre Peak-Flow-Werte zu interpretieren und Ihr Asthma besser einzuschätzen.

Gemeinsam mit Ihrem behandelnden Arzt können Sie die auf Sie zutreffenden Informationen in das Schema eintragen.

Bei akuten Beschwerden hilft Ihnen das Ampelschema dabei, zu entscheiden, ob ein sofortiger Handlungsbedarf besteht. Bei einer wöchentlichen Interpretation hilft es Ihnen, den Verlauf des Asthmas zu bewerten.

Niedrige/fallende Werte

deuten auf eine Verschlechterung hin: Die Atemwege werden enger, die Stabilität der Atemwege verschlechtert sich. Sie sollten einen Arzt kontaktieren.

Stabile/steigende Werte

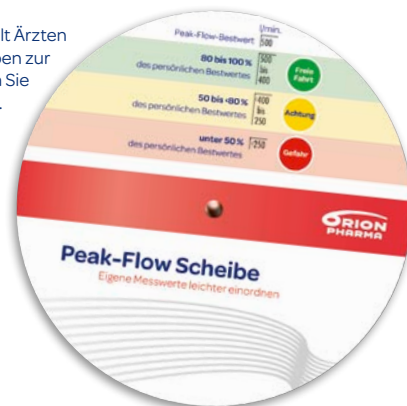
deuten darauf hin, dass Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben: Nehmen Sie weiter regelmäßig Ihre Medikamente.

Die Peak-Flow-Scheibe hilft

Noch einfacher ist die Interpretation mit der Peak-Flow-Scheibe:

1. Eigene Peak-Flow-Bestwert oben im weißen Feld einstellen
2. Zutreffende Ampelphase anhand der aktuellen Messung ablesen
3. Ergebnis auf der Rückseite der Peak-Flow-Scheibe ablesen oder wie gewohnt auf der letzten Seite in diesem Asthma-Tagebuch nachschlagen

Orion Pharma stellt Ärzten Peak-Flow-Scheiben zur Verfügung. Fragen Sie Ihren Arzt danach.



Anleitung Asthmakontrolltest (ACT™)

Der Asthmakontrolltest (ACT™)

Auf den vorherigen Seiten haben Sie gelernt, wie Sie den Verlauf Ihres Asthmas kontrollieren können. Der Asthmakontrolltest gibt Ihnen die Möglichkeit, zu beurteilen, ob Sie Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen im Griff hatten.

Wie funktioniert der ACT™?

Der Test besteht aus 5 Fragen, mit deren Beantwortung Sie bis zu 25 Punkte erreichen können.

Kreuzen Sie die auf Sie zutreffende Antwort an und addieren Sie Ihre Punkte. Den Gesamtwert können Sie am unteren Seitenrand eintragen. Je ehrlicher Sie antworten, desto sicherer sind Ihre Ergebnisse.

Ergebnis

25 Punkte – Herzlichen Glückwunsch!

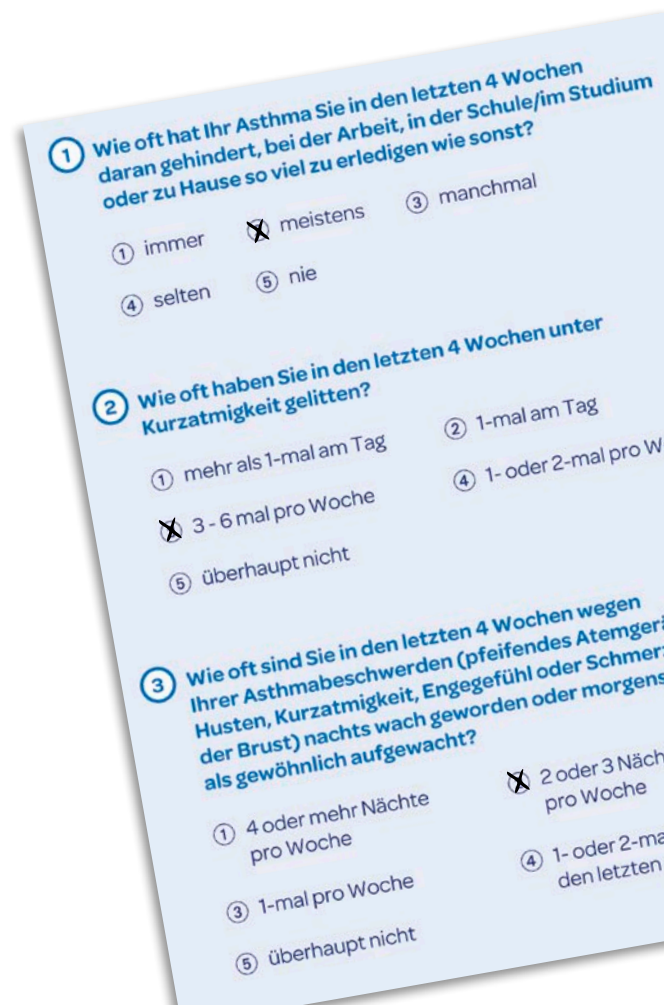
Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen vollständig unter Kontrolle. Sie hatten keine Beschwerden und waren in keiner Weise durch Ihr Asthma eingeschränkt. Sprechen Sie regelmäßig mit Ihrem Arzt, um die bestmögliche Kontrolle zu halten.

20 bis 24 Punkte – Im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich gut unter Kontrolle, aber nicht vollständig. Ihr Arzt kann Ihnen dabei helfen, eine möglichst vollständige Kontrolle zu erreichen.

Weniger als 20 Punkte – Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich nicht unter Kontrolle. Ihr Arzt kann Ihnen Maßnahmen empfehlen, die Ihnen helfen, Ihr Asthma besser unter Kontrolle zu bekommen.



Datum													
	Uhrzeit												
600													
550													
500													
450													
400													
350													
300													
250													
200													
150													
100													

Datum													
	Uhrzeit												
600													
550													
500													
450													
400													
350													
300													
250													
200													
150													
100													

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum				
Uhrzeit				
600				
550				
500				
450				
400				
350				
300				
250				
200				
150				
100				

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

Datum				
Uhrzeit				
600				
550				
500				
450				
400				
350				
300				
250				
200				
150				
100				

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

- ① immer ② meistens ③ manchmal
④ selten ⑤ nie

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

- ① mehr als 1-mal am Tag ② 1-mal am Tag
③ 3 - 6 mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal pro Woche
⑤ überhaupt nicht

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

- ① 4 oder mehr Nächte pro Woche ② 2 oder 3 Nächte pro Woche
③ 1-mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal in den letzten 4 Wochen
⑤ überhaupt nicht

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

- ① 3 -mal am Tag oder öfter ② 1- oder 2-mal am Tag
③ 2- oder 3-mal pro Woche ④ 1-mal pro Woche oder weniger
⑤ überhaupt nicht

5 Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

- ① überhaupt nicht ② schlecht
③ einigermaßen ④ gut
⑤ völlig

Gesamtwert



Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome

Bedarfsmedikament
(Anzahl der Hübe)

Besonderheiten

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

- ① immer ② meistens ③ manchmal
④ selten ⑤ nie

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

- ① mehr als 1-mal am Tag ② 1-mal am Tag
③ 3 - 6 mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal pro Woche
⑤ überhaupt nicht

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

- ① 4 oder mehr Nächte pro Woche ② 2 oder 3 Nächte pro Woche
③ 1-mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal in den letzten 4 Wochen
⑤ überhaupt nicht

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

- ① 3 -mal am Tag oder öfter ② 1- oder 2-mal am Tag
③ 2- oder 3-mal pro Woche ④ 1-mal pro Woche oder weniger
⑤ überhaupt nicht

5 Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

- ① überhaupt nicht ② schlecht
③ einigermaßen ④ gut
⑤ völlig

Gesamtwert



	Datum													
Peak-Flow-Werte in l/min.	600													
	550													
	500													
	450													
	400													
	350													
	300													
	250													
	200													
	150													
	100													

Datum															

Bitte ankreuzen:	kein(e)				wenig				mittel				stark			
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

kein(e)				wenig				mittel				stark			

Andere Symptome																
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)																
Besonderheiten																

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome		
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)		
Besonderheiten		

Andere Symptome		
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)		
Besonderheiten		

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

- ① immer ② meistens ③ manchmal
④ selten ⑤ nie

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

- ① mehr als 1-mal am Tag ② 1-mal am Tag
③ 3 - 6 mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal pro Woche
⑤ überhaupt nicht

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

- ① 4 oder mehr Nächte pro Woche ② 2 oder 3 Nächte pro Woche
③ 1-mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal in den letzten 4 Wochen
⑤ überhaupt nicht

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

- ① 3 -mal am Tag oder öfter ② 1- oder 2-mal am Tag
③ 2- oder 3-mal pro Woche ④ 1-mal pro Woche oder weniger
⑤ überhaupt nicht

5 Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

- ① überhaupt nicht ② schlecht
③ einigermaßen ④ gut
⑤ völlig

Gesamtwert



Datum				
	Uhrzeit			
Peak-Flow-Werte in l/min.	600			
	550			
	500			
	450			
	400			
	350			
	300			
	250			
	200			
	150			
	100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

Datum				
	Uhrzeit			
Peak-Flow-Werte in l/min.	600			
	550			
	500			
	450			
	400			
	350			
	300			
	250			
	200			
	150			
	100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum													
	Uhrzeit												
600													
550													
500													
450													
400													
350													
300													
250													
200													
150													
100													

Datum													
	Uhrzeit												
600													
550													
500													
450													
400													
350													
300													
250													
200													
150													
100													

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

- ① immer ② meistens ③ manchmal
④ selten ⑤ nie

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

- ① mehr als 1-mal am Tag ② 1-mal am Tag
③ 3 - 6 mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal pro Woche
⑤ überhaupt nicht

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

- ① 4 oder mehr Nächte pro Woche ② 2 oder 3 Nächte pro Woche
③ 1-mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal in den letzten 4 Wochen
⑤ überhaupt nicht

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

- ① 3 -mal am Tag oder öfter ② 1- oder 2-mal am Tag
③ 2- oder 3-mal pro Woche ④ 1-mal pro Woche oder weniger
⑤ überhaupt nicht

5 Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

- ① überhaupt nicht ② schlecht
③ einigermaßen ④ gut
⑤ völlig

Gesamtwert



Datum													
	Uhrzeit												
600													
550													
500													
450													
400													
350													
300													
250													
200													
150													
100													

Datum													
	Uhrzeit												
600													
550													
500													
450													
400													
350													
300													
250													
200													
150													
100													

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum				
Uhrzeit				
600				
550				
500				
450				
400				
350				
300				
250				
200				
150				
100				

Datum				
Uhrzeit				
600				
550				
500				
450				
400				
350				
300				
250				
200				
150				
100				

Bitte ankreuzen:	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte ankreuzen:	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

- ① immer ② meistens ③ manchmal
④ selten ⑤ nie

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

- ① mehr als 1-mal am Tag ② 1-mal am Tag
③ 3 - 6 mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal pro Woche
⑤ überhaupt nicht

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

- ① 4 oder mehr Nächte pro Woche ② 2 oder 3 Nächte pro Woche
③ 1-mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal in den letzten 4 Wochen
⑤ überhaupt nicht

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

- ① 3 -mal am Tag oder öfter ② 1- oder 2-mal am Tag
③ 2- oder 3-mal pro Woche ④ 1-mal pro Woche oder weniger
⑤ überhaupt nicht

5 Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

- ① überhaupt nicht ② schlecht
③ einigermaßen ④ gut
⑤ völlig

Gesamtwert



Datum				
	Uhrzeit			
Peak-Flow-Werte in l/min.	600			
	550			
	500			
	450			
	400			
	350			
	300			
	250			
	200			
	150			
	100			

Bitte ankreuzen:	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
	Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

Datum				
	Uhrzeit			
Peak-Flow-Werte in l/min.	600			
	550			
	500			
	450			
	400			
	350			
	300			
	250			
	200			
	150			
	100			

Bitte ankreuzen:	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
	Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum													
	Uhrzeit												
600													
550													
500													
450													
400													
350													
300													
250													
200													
150													
100													

Bitte ankreuzen:	kein(e)				kein(e)				kein(e)			
	weng	mittel	stark		weng	mittel	stark		weng	mittel	stark	
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

Datum																
	Uhrzeit															
600																
550																
500																
450																
400																
350																
300																
250																
200																
150																
100																

Bitte ankreuzen:	kein(e)				kein(e)				kein(e)				kein(e)			
	weng	mittel	stark		weng	mittel	stark		weng	mittel	stark		weng	mittel	stark	
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

- ① immer ② meistens ③ manchmal
④ selten ⑤ nie

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

- ① mehr als 1-mal am Tag ② 1-mal am Tag
③ 3 - 6 mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal pro Woche
⑤ überhaupt nicht

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

- ① 4 oder mehr Nächte pro Woche ② 2 oder 3 Nächte pro Woche
③ 1-mal pro Woche ④ 1- oder 2-mal in den letzten 4 Wochen
⑤ überhaupt nicht

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

- ① 3 -mal am Tag oder öfter ② 1- oder 2-mal am Tag
③ 2- oder 3-mal pro Woche ④ 1-mal pro Woche oder weniger
⑤ überhaupt nicht

5 Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

- ① überhaupt nicht ② schlecht
③ einigermaßen ④ gut
⑤ völlig

Gesamtwert



Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Datum			
	Uhrzeit		
600			
550			
500			
450			
400			
350			
300			
250			
200			
150			
100			

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark	kein(e)	weng	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

**Peak-Flow-Wert 80 bis 100 % des Bestwertes.
Nehmen Sie täglich die von Ihrem Arzt
verordnete Dauermedikation (grüner Bereich):**

1.

2.

3.

Ihr Bedarfsmedikament (Handelsname) bei Atemnot, Engegefühl,
Husten (krampflösendes Spray oder Pulver).

Ihre Peak-Flow-Werte liegen zwischen _____ und _____
(80 - 100 % des persönlichen Bestwertes).

Die Farbe Grün sagt Ihnen – wie eine grüne Ampel –, dass
Ihr Asthma gut eingestellt ist.

Mit Hilfe der täglichen Dauermedikation werden die
asthmatischen Beschwerden auf ein Minimum gesenkt
und die Belastungen des Alltags gut bewältigt; Sie wachen
nachts nicht oder nur selten wegen Atemnot auf.

Ihre Bedarfsmedikation benötigen Sie selten.



**Peak-Flow-Wert 50 bis 80 % des Bestwertes.
Erhöhen Sie Ihre Medikamente wie angegeben
(gelber Bereich):**

Vereinbaren Sie einen Arzttermin für die nächsten Tage!
Messen Sie Ihre Peak-Flow-Werte 4-mal täglich!

1.

2.

3.

4.

Liegen die Peak-Flow-Werte zwischen _____ und _____
(50 - 80 % des persönlichen Bestwertes), haben sich die bronchiale
Entzündung und die Verkrampfungsbereitschaft verstärkt.
Zunehmende Atemnot, Husten und Giemen sind die Folgen.

Die nächtlichen Beschwerden nehmen zu, das
krampflösende Spray oder Pulver wird öfter gebraucht
und scheint nicht mehr so gut zu wirken.

Die tägliche Dauermedikation reicht nicht mehr aus, die
Medikamente müssen für eine gewisse Zeit dem schlechteren
Zustand angepasst werden. Ziel ist es, die Peak-Flow-Werte
des grünen Bereiches wieder zu erreichen.



**Peak-Flow-Wert unter 50 %.
Folgende Notfallmedikamente müssen Sie
sofort einnehmen (roter Bereich):**

Wenn Ihre Peak-Flow-Werte nach 20 Minuten nicht um
wenigstens 40 bis 50 Einheiten steigen, rufen Sie den
Notarzt (Telefon 112)

Suchen Sie – auch bei Besserung – spätestens am
nächsten Tag Ihren behandelnden Arzt auf.

2 bis 4 Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes möglichst mit Inhalierhilfe inhalieren.

1.

Keine Besserung nach 10 Minuten:
nochmals 2 bis 4 Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes inhalieren.

2.

25 bis 50 mg Prednisolon (Kortison-Tabletten) einnehmen.

3. **Keine Besserung: Notarzt anrufen!**

Das Peak-Flow-Meter zeigt Werte unter _____
(unter 50 % des persönlichen Bestwertes), trotz Inhalation.

- **Versuchen Sie, ruhig zu bleiben.**
- **Wenden Sie atemtechnische Hilfestellungen an
(Lippenbremse, Kutschersitz u. a.).**
- **Nehmen Sie sofort die Notfallmedikamente ein!**

Anzeichen eines gefährlichen Asthmaanfalles:

- Ständige Atemnot in Ruhe oder beim Sprechen.
- Plötzliche, starke Zunahme der Atemnot, die seit
Tagen schon öfter zu spüren war.
- Unbeherrschbarer Husten mit zunehmendem Engegefühl.



Wenn Sie die ersten Anzeichen eines drohenden Anfalls an sich beobachten, ist es wichtig schnell und richtig zu reagieren.

Die ersten Anzeichen

- Permanente Atemnot in Ruhe und beim Sprechen
- Plötzlich zunehmende Atemnot, die sich bereits seit Tagen angekündigt hat
- Zunehmender Husten und Engegefühl in der Brust

Was tun?

- Bleiben Sie ruhig
- Messen Sie Ihren Peak-Flow-Wert

Ihr Peak-Flow-Wert liegt zwischen 50 und 80% Ihres Bestwertes, Sie können noch normal sprechen

Ihr Peak-Flow-Wert liegt unter 50% Ihres Bestwertes, Sie sind kurzatmig und können kaum sprechen

- Nehmen Sie 2 bis 4 Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes
- Wenden Sie die Lippenbremse an und gehen Sie in eine atemerleichternde Stellung (z.B. Kutschersitz)

Falls nach 10 Minuten keine Besserung eingetreten ist:

- Nehmen Sie erneut 2 bis 4 Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes
- Nehmen Sie eine Kortison-tablette (25 bis 50 mg Prednisolon) ein
- Nehmen Sie ggf. erneut 2 bis 4 Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes oder nehmen Sie eine Kortison-tablette (50 bis 100 mg Prednisolon) ein

Rufen Sie einen Notarzt, wenn sich Ihr Zustand nicht verbessert (Telefon 112)

