

ASTHMA- TAGEBUCH

Peak-Flow-Werte
Asthmakontrolltest



Asthmakontrolltest

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Asthma-Tagebuch soll Sie dabei unterstützen, besser mit Ihrer Erkrankung zu leben und Ihre Therapie zu optimieren.

Im ersten Teil des Tagebuchs finden Sie jeweils auf einer Doppelseite 5 einfache Fragen, die Ihnen dabei helfen, besser einzuschätzen, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben. Bitte füllen Sie diesen Asthmakontrolltest (ACT™) alle 4 Wochen aus.

Der zweite Teil des Tagebuchs enthält Peak-Flow-Protokolle, in die Sie Ihre täglichen Werte eintragen können.

Dieses Heft bietet Peak-Flow-Protokolle und Fragebögen zur Asthmakontrolle für einen Zeitraum von drei Monaten. Es wird empfohlen, das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitzubringen.

Bitte bestimmen Sie zunächst gemeinsam mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt Ihren persönlichen Peak-Flow-Bestwert. Ihren aktuellen Peak-Flow-Wert können Sie dann immer der richtigen Stufe (80–100 %, 50–80 % und unter 50 % des Bestwertes) zuordnen und die erforderlichen Maßnahmen ablesen (siehe Seite 16/17). Bitte sprechen Sie im Zweifel immer mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Viel Erfolg und gute Gesundheit wünscht Ihnen

GlaxoSmithKline

Asthmapass

Name:

Straße:

Ort:

Angehörige:

**Hausarzt
(Stempel):**

**Unverträglich-
keiten:**

**Ständige
Medikamente
wegen anderer
Erkrankungen:**

**Persönlicher
Peak-Flow-
Bestwert:**

Fragebogen zur Asthmakontrolle – ACT™

Der Asthmakontrolltest (ACT™) ist ein zuverlässiger Test, der Ihnen dabei helfen kann, einzuschätzen, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben.

Mit nur 5 Fragen und bis zu 25 erreichbaren Punkten können Sie Ihre Symptome beobachten und bewerten. Schnell und einfach! Der ACT™ wurde in klinischen Studien validiert.

Geht es Ihnen schon 25?

Probieren Sie es aus und ermitteln Sie im 4-wöchigen Rhythmus den momentanen Zustand Ihres Asthmas!



Asthmakontrolltest

1. Schritt:

Kreuzen Sie bei jeder Frage die auf Sie zutreffende Antwort an und tragen Sie die Punktzahl in das Kästchen rechts ein.

Antworten Sie bitte so ehrlich wie möglich. Das hilft Ihnen und Ihrem Arzt, über Ihr Asthma zu sprechen und herauszufinden, wie schwer Ihr Asthma tatsächlich ist.

2. Schritt:

Zählen Sie Ihre Punkte zusammen, um einen Gesamtwert zu erhalten.

3. Schritt – Ermitteln Sie Ihren Asthma-Wert:

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 gut kontrolliert**. Ihr Arzt kann Ihnen Maßnahmen empfehlen, die Ihnen helfen, Ihr Asthma besser unter Kontrolle zu bekommen.

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer	Meistens	Manchmal
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmig

Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Ast Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	Einmal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfall

3 Mal am Tag oder öfter	1 oder 2 Mal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

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

Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium

Selten

4

Nie

5

Punkte

keit gelitten?

Ein- oder zweimal
pro Woche

4

Überhaupt nicht

5

hmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch,
Brust) nachts wach geworden oder morgens

Ein- oder zweimal
in den letzten 4 Wochen

4

Überhaupt nicht

5

medikament zur Inhalation eingesetzt?

Einmal pro Woche
oder weniger

4

Überhaupt nicht

5

unter Kontrolle?

Gut

4

Völlig

5

Summe

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer	Meistens	Manchmal
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmig

Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Ast Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	Einmal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfall

3 Mal am Tag oder öfter	1 oder 2 Mal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

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

Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium

Selten

4

Nie

5

Punkte

keit gelitten?

Ein- oder zweimal
pro Woche

4

Überhaupt nicht

5

hmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch,
Brust) nachts wach geworden oder morgens

Ein- oder zweimal
in den letzten 4 Wochen

4

Überhaupt nicht

5

medikament zur Inhalation eingesetzt?

Einmal pro Woche
oder weniger

4

Überhaupt nicht

5

unter Kontrolle?

Gut

4

Völlig

5

Summe

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer	Meistens	Manchmal
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmig

Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Ast Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	Einmal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfall

3 Mal am Tag oder öfter	1 oder 2 Mal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

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

Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium

Selten

4

Nie

5

Punkte

keit gelitten?

Ein- oder zweimal
pro Woche

4

Überhaupt nicht

5

hmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch,
Brust) nachts wach geworden oder morgens

Ein- oder zweimal
in den letzten 4 Wochen

4

Überhaupt nicht

5

medikament zur Inhalation eingesetzt?

Einmal pro Woche
oder weniger

4

Überhaupt nicht

5

unter Kontrolle?

Gut

4

Völlig

5

Summe

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer	Meistens	Manchmal
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmig

Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Ast Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	Einmal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfall

3 Mal am Tag oder öfter	1 oder 2 Mal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

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

Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium

Selten

4

Nie

5

Punkte

keit gelitten?

Ein- oder zweimal
pro Woche

4

Überhaupt nicht

5

hmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch,
Brust) nachts wach geworden oder morgens

Ein- oder zweimal
in den letzten 4 Wochen

4

Überhaupt nicht

5

medikament zur Inhalation eingesetzt?

Einmal pro Woche
oder weniger

4

Überhaupt nicht

5

unter Kontrolle?

Gut

4

Völlig

5

Summe

Peak-Flow-Werte: Erklärung und Messung

Das Peak-Flow-Meter ist ein einfaches, kleines und handliches Gerät, mit dessen Hilfe Sie an jedem Ort und zu jeder Zeit den maximalen Atemfluss während einer forcierten Ausatmung messen können (Peak Expiratory Flow = PEF).

Bei guter Lungenfunktion ist der Peak-Flow-Wert hoch. Eine Verengung der Bronchien führt zu einer Abnahme des Peak-Flow-Wertes. Die Werte sind unterschiedlich und abhängig von Faktoren wie Körpergröße, Geschlecht, Alter oder Tageszeit.

Ihr persönlicher Bestwert beschreibt die maximale Weite der Atemwege, die Ihre Lunge unter optimalen Bedingungen erreichen kann.

Bestimmung des persönlichen Peak-Flow-Bestwertes:

Ihr persönlicher Bestwert entspricht dem

- besten Peak-Flow-Wert nach ca. 14-tägiger Messung
- unter optimaler medikamentöser Therapie
- in einer stabilen Phase der Erkrankung

Wie messe ich den Peak-Flow richtig?

- Immer in gleicher Körperposition messen (möglichst zur gleichen Tageszeit)
- Messzeiger vor der Messung auf Null stellen
- Gerät waagrecht vor den Mund halten
- Tief einatmen und kurz die Luft anhalten
- Mundstück mit den Lippen fest umschließen
- Schnell, kurz und mit aller Kraft ausatmen (wie beim Auspusten einer Kerze)
- 3 Messungen durchführen
- Den höchsten Wert im Asthmatagebuch notieren



Ampelschema

Um sich einen schnellen Überblick über Ihre derzeitige Situation der Peak-Flow-Messung gemessenen Werten, das Ampelsch



**Ihr Peak-Flow-Wert ist besser als
80 % Ihres Bestwertes.**

(= über _____ l/min)



**Ihr Peak-Flow-Wert liegt zwischen
50 % und 80 % Ihres Bestwertes.**

(= _____ l/min bis _____ l/min)



**Ihr Peak-Flow-Wert liegt unter 50 %
Ihres Bestwertes.**

(= unter _____ l/min)

ion zu verschaffen, können Sie, in Verbindung mit Ihren bei
ema anwenden.

Sie befinden sich nahe an Ihrem persönlichen Bestwert. Sie haben Asthma-Symptome gut im Griff und derzeit kaum Beschwerden.

- Geringe Schwankungen Ihrer Peak-Flow-Werte (Schwankungen weniger als 20 %)
- Keine Luftnot tagsüber und nachts
- Kaum Husten
- Körperliche Belastbarkeit nicht eingeschränkt
- Notfall-Spray wird selten benötigt, Verbrauch ist unverändert

Ihre Peak-Flow-Werte unterliegen stärkeren Schwankungen. Achtung, dies ist ein Hinweis dafür, dass die medikamentöse Behandlung überprüft und angepasst werden muss. Bleiben die Peak-Flow-Werte auch nach wiederholten Messungen im gelben Bereich, vereinbaren Sie bitte schnellstmöglich einen Arzttermin.

- Tageszeitliche Schwankung beträgt mehr als 20 %
- Nächtliche Atemnot
- Tagsüber häufig Luftnot
- Körperliche Belastbarkeit nimmt ab
- Verstärkter Einsatz des Notfallsprays notwendig

Ihre Atemwege sind instabil, ein Asthmaanfall kann jederzeit auftreten. Wie Sie in dieser Situation am besten vorgehen, vor allem beim Auftreten von Atemnot, erfahren Sie auf der vorletzten Seite dieses Heftes im „Notfallplan“. **Außerdem sollten Sie unbedingt mit Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen.**

- Tageszeitliche Schwankung beträgt mehr als 30 %
- Ständige Luftnot, in Ruhe und beim Sprechen
- Atemnot, die in den letzten Tagen schon zu spüren war, nimmt zu
- Auftreten von Hustenattacken, Engegefühl nimmt zu
- Körperliche Belastbarkeit deutlich eingeschränkt
- Keine Besserung durch Einsatz des Notfall-Sprays, häufige Inhalation nötig

Woche 1

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor Inhala- tion	nach Inhala- tion										
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 2

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor Inhala- tion	nach Inhala- tion										
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 3

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor	nach										
	Inhala- tion											
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark							
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Andere Symptome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Pollenflug	ja <input type="radio"/>							
Urlaub	ja <input type="radio"/>							
Asthmamedikation								
Notfallspray: Anzahl der Hübe								

Woche 4

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor	nach										
	Inhala- tion											
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 5

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor Inhala- tion	nach Inhala- tion										
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 6

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor Inhalation	nach Inhalation										
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine	wenig	mittel	stark																				
Husten	<input type="radio"/>																							
Atemnot	<input type="radio"/>																							
Andere Symptome	<input type="radio"/>																							
Pollenflug	ja	<input type="radio"/>																						
Urlaub	ja	<input type="radio"/>																						
Asthmamedikation																								
Notfallspray: Anzahl der Hübe																								

Woche 7

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor Inhala- tion	nach Inhala- tion										
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 8

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor	nach										
	Inhala- tion											
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 9

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor Inhala- tion	nach Inhala- tion										
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 10

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor Inhalation	nach Inhalation										
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 11

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor	nach										
	Inhala- tion											
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Woche 12

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends	
	vor Inhala- tion	nach Inhala- tion										
800												
750												
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												

Bitte ankreuzen:	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark	keine) wenig mittel stark
Husten	<input type="radio"/>					
Atemnot	<input type="radio"/>					
Andere Symptome	<input type="radio"/>					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>					
Urlaub	ja <input type="radio"/>					
Asthmamedikation						
Notfallspray: Anzahl der Hübe						

Asthma-Notfallplan

Asthmaanfall

- Langsam oder plötzlich einsetzende Luftnot in Ruhe, bei Anstrengung oder beim Sprechen
- Starke Zunahme der Luftnot
- Pfeifende Atemgeräusche (Giemen)
- Trockener Husten und/oder
- Zäher Schleim

Das ist zu tun:

1. Stufe

- Kutschersitz oder Torwartstellung mit Lippenbremse →
- 2 bis 4 Hübe Notfallspray
- Weiter Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse



2. Stufe

- 2 bis 4 Hübe Notfallspray →
- Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse
- Notfalltablette (Cortison), z. B. _____, einnehmen



3. Stufe

- Notarzt verständigen →
- Weiter Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse



**Weitere Informationen
zum Thema Asthma finden
Sie unter:**

**www.luft-zum-leben.de
www.asthmacoach.de**

493029PD503F