

COPD - Tagebuch

Protokoll für meine Peak-Flow-Werte



Persönliche Daten

Name _____

Straße _____

Ort _____

Geburtsdatum _____

Im Notfall benachrichtigen:

Name _____

Telefon _____

Hausarzt

Facharzt

Stempel

Stempel

Ständige Medikamente wegen anderer Erkrankungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Damit Sie im Umgang mit Ihrer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) 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 COPD-Protokoll (ab Seite 16) ein.

Für einen eigenverantwortlichen Umgang mit COPD, 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. Eine Exazerbation 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.

Viel Erfolg wünscht Ihnen
Ihre Orion Pharma GmbH

Diagnose _____

bekannt seit (Datum) _____

Emphysem ja nein

Rechtsherz-
insuffizienz ja nein

Langzeit-Sauer-
stofftherapie ja l/Min. Std./Tag nein

Heimbeatmung ja nein

Schlafapnoe ja nein

Zuckerkrankheit ja Insulin: ja nein
 nein

Bluthochdruck ja nein

Herzinfarkt ja nein

Arterielle
Verschluss-
krankheit ja Schlaganfall: ja nein
 nein

Blutverdünnung ja nein
 Marcumar
 ASS
 Andere: _____

Weitere Erkrankungen _____

Raucher ja Zigaretten pro Tag seit Jahren
 nein
 Ex- Raucher seit:

Wichtige Allergien / schwere Unverträglichkeiten

- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Antibiotika
- Andere: _____

Peak-Flow Persönlicher Bestwert l/Min.

COPD-Schulung
durchgeführt am: (Datum) _____

Wichtige Befunde

Die Ergebnisse der entsprechenden Untersuchungen können Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt hier eintragen.

Datum der Untersuchung				
VC (l) % Soll				
FEV ₁ (l) % Soll				
FEV ₁ / VC				
Rt				
IGV % Soll				
pO ₂				
pCO ₂				
Theophyllin- spiegel				
COPD- Medikation				

Was bedeuten die einzelnen Begriffe?

- VC Vitalkapazität**
Luftmenge, die nach maximaler Einatmung maximal wieder ausgeatmet werden kann.
- FEV₁ Forcierte expiratorische Einsekundenkapazität**
Luftmenge, die nach maximaler Einatmung innerhalb einer Sekunde wieder ausgeatmet werden kann.
- Rt Gesamatemwegswiderstand**
Strömungswiderstand während der Atmung.
- IGV Intrathorakales Gasvolumen**
Luftmenge, die nach der normalen Ausatmung in der Lunge verbleibt.
- pO₂ Sauerstoff-Partialdruck**
Zeigt, ob der Sauerstoffgehalt in der Lunge hoch genug ist, um ins Blut zu gelangen.
- pCO₂ Kohlendioxid-Partialdruck**
Zeigt, ob der Kohlendioxidgehalt in der ausgeatmeten Luft hoch genug ist.

Ein kurzer Überblick

In diesem COPD-Tagebuch sind drei Hilfsmittel enthalten, mit denen es Ihnen leichter fällt, Ihre Krankheit zu kontrollieren.

1 Peak-Flow-Messung

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

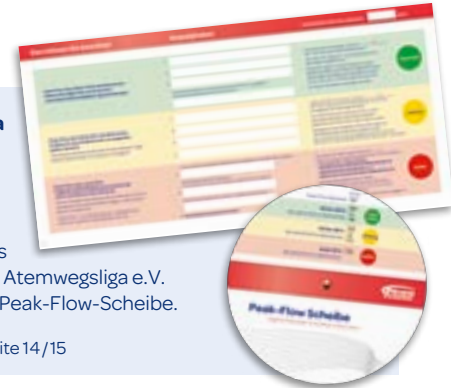
Weitere Infos: Seite 10/11



3 Ampelschema

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

Weitere Infos: Seite 14/15



2 COPD-Protokoll

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

Ausführliche Anleitung: Seite 12/13

Protokolle ab Seite 16/17



Die richtige Peak-Flow-Messung

Mithilfe des Peak-Flow-Meters können Sie ganz leicht selbst Ihre Lungenfunktion messen. Es gibt mechanische und digitale Geräte. Hohe Peak-Flow-Werte zeigen dabei eine gute Lungenfunktion an. Eine Verschlechterung Ihrer Erkrankung zeigt sich frühzeitig in niedrigen Messwerten.



**Manuelles
Peak-Flow-Meter**

Das digitale Peak-Flow-Meter misst die Werte in der Regel genauer und hat einen Speicher. Angeschlossen an einen PC kann mithilfe einer speziellen Software der Verlauf Ihres Asthmas grafisch dargestellt werden.



**Digitales
Peak-Flow-Meter**

Wie messe ich den Peak-Flow-Wert mit einem mechanischen Gerät?

- 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

Digitale Geräte unterscheiden sich in ihren Funktionen voneinander. Deshalb sollten Sie vor der Messung die Herstellerhinweise gründlich lesen.

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 COPD-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 COPD-Symptome

Am Ende der Woche tragen Sie Ihre Medikation in die untere Spalte ein und verbinden die Kreuze miteinander. So können Sie den Verlauf Ihrer Krankheit 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.

Datum eintragen

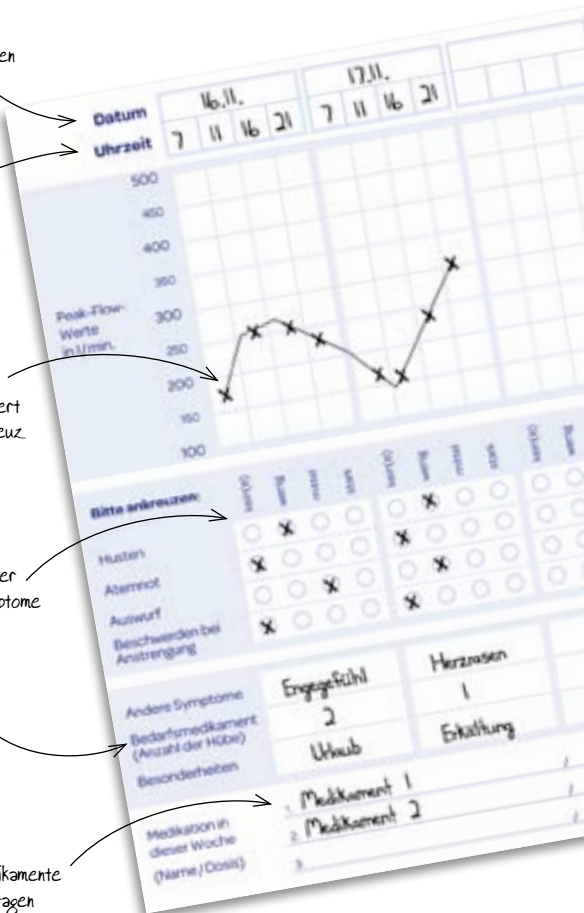
Uhrzeit der Messung eintragen

Gemessenen Peak-Flow-Wert mit einem Kreuz markieren

Stärke Ihrer COPD-Symptome bewerten

Zusatzfragen beantworten

Medikamente eintragen



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 Ihre Krankheit 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 der COPD 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 COPD-Tagebuch nachschlagen

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



Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in
dieser Woche
(Name / Dosis)

1. _____ / _____
2. _____ / _____
3. _____ / _____

4. _____ / _____
5. _____ / _____
6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>

Andere Symptome

Bedarfsmedikament
(Anzahl der Hübe)

Besonderheiten

Medikation in
dieser Woche

(Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

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

Datum															

Bitte ankreuzen:	kein(e)				kein(e)				kein(e)			
	wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		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"/>
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)				kein(e)				kein(e)				kein(e)			
wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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			

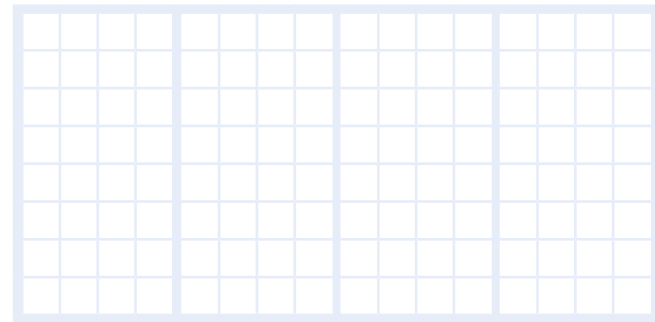
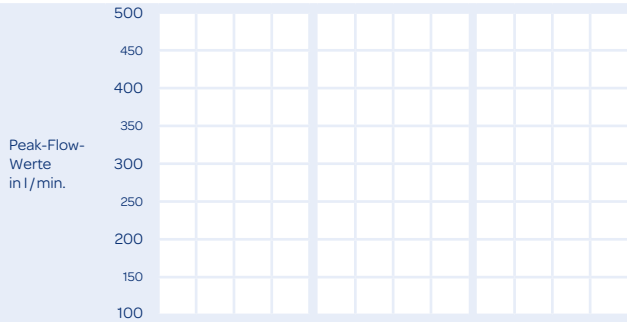
Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1.	_____ / _____
2.	_____ / _____
3.	_____ / _____

4.	_____ / _____
5.	_____ / _____
6.	_____ / _____

Datum

Uhrzeit



Bitte ankreuzen:

	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>

Andere Symptome

Bedarfsmedikament
(Anzahl der Hübe)

Besonderheiten

Medikation in dieser Woche
(Name / Dosis)

1. _____ / _____
 2. _____ / _____
 3. _____ / _____

4. _____ / _____
 5. _____ / _____
 6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

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

Datum																
Uhrzeit																

Bitte ankreuzen:	kein(e)				kein(e)				kein(e)			
	wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		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"/>
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)				kein(e)				kein(e)				kein(e)			
wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark	

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

- _____ / _____
- _____ / _____
- _____ / _____

- _____ / _____
- _____ / _____
- _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

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

Datum																
Uhrzeit																

Bitte ankreuzen:	kein(e)				kein(e)				kein(e)			
	wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		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"/>
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)				kein(e)				kein(e)				kein(e)			
wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark	

Andere Symptome			
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)			
Besonderheiten			

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

- _____ / _____
- _____ / _____
- _____ / _____

- _____ / _____
- _____ / _____
- _____ / _____

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

Datum															

Bitte ankreuzen:	kein(e)				kein(e)				kein(e)			
	wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		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"/>
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)				kein(e)				kein(e)				kein(e)				
	wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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			

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

- _____ / _____
- _____ / _____
- _____ / _____

- _____ / _____
- _____ / _____
- _____ / _____

Datum									
Uhrzeit									

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

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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			

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

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

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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			

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)	1.	/
	2.	/
	3.	/

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

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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			

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)	4.	/
	5.	/
	6.	/
		/

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>

Andere Symptome

Bedarfsmedikament
(Anzahl der Hübe)

Besonderheiten

Medikation in
dieser Woche

(Name / Dosis)

1. _____ / _____
2. _____ / _____
3. _____ / _____

4. _____ / _____
5. _____ / _____
6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

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

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum									
Uhrzeit									

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

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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			

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

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

Datum																
Uhrzeit																

Bitte ankreuzen:	kein(e)				kein(e)				kein(e)			
	wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		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"/>
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)				kein(e)				kein(e)				kein(e)			
wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark		wenig	mittel	stark	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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			

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

- _____ / _____
- _____ / _____
- _____ / _____

- _____ / _____
- _____ / _____
- _____ / _____

Datum

Uhrzeit

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

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>

Andere Symptome

Bedarfsmedikament
(Anzahl der Hübe)

Besonderheiten

Medikation in
dieser Woche
(Name / Dosis)

1. _____ / _____
2. _____ / _____
3. _____ / _____

4. _____ / _____
5. _____ / _____
6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in dieser Woche (Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

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

Medikation in
dieser Woche
(Name / Dosis)

1. _____ / _____
2. _____ / _____
3. _____ / _____

4. _____ / _____
5. _____ / _____
6. _____ / _____

Datum

Uhrzeit

Peak-Flow-Werte
in l/min.

500
450
400
350
300
250
200
150
100

Bitte ankreuzen:

	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>
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)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	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"/>

Andere Symptome

Bedarfsmedikament
(Anzahl der Hübe)

Besonderheiten

Medikation in
dieser Woche
(Name / Dosis)

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

Bei schwerer Atemnot oder einer akuten Verschlimmerung Ihrer Symptome, der sogenannten Exazerbation, ist es besonders wichtig, schnell zu reagieren.

Ursachen hierfür können Infektionen, Herzerkrankungen, eine Lungenentzündung, die Inhalation reizender Stoffe sowie Nebenwirkungen oder eine unregelmäßige Anwendung von Medikamenten sein.

Sobald sich eines oder mehrere der unten aufgeführten Warnsymptome über einen Zeitraum von mehr als zwei Tagen zeigt, sollten Sie Ihren Arzt aufsuchen.

7 Warnsymptome einer Exazerbation

- 1 Spürbar verstärkte Luftnot, auch in Ruhe
- 2 Verstärkte Hustenaktivität
- 3 Vermehrte Schleimbildung in den Atemwegen mit gelb-grünem, eitrigem Auswurf
- 4 Giemen (pfeifendes Atemgeräusch)
- 5 Abnahme der Peak-Flow-Werte
- 6 Erhöhter Verbrauch von Notfall-Spray
- 7 Gelegentlich Fieber und ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl

Mögliche Folgebehandlung

- Dosiserhöhung der bronchienerweiternden Medikamente (Betamimetika Anticholinergika, Theophyllin)
- Ursachenbehandlung mit Antibiotika, insbesondere bei gelb-grünem und vermehrtem Auswurf infolge einer bakteriellen Atemwegsinfektion (die korrekte Einnahme der Antibiotika ist in diesem Fall besonders wichtig)
- Falls erforderlich Kortisontabletten über 1 bis 2 Wochen
- Falls erforderlich Sauerstofftherapie

Mögliche Konsequenzen

- Überprüfen der Langzeittherapie
- Steigerung körperlicher Aktivität durch Bewegung
- Ausgleich von Über- bzw. Untergewicht
- Schutzimpfungen
- Gesunden Lebensstil einhalten

Kompletter Verzicht auf Zigaretten und Tabakrauch

**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 Sie gut eingestellt sind.

Mithilfe der täglichen Dauermedikation werden
die 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), hat sich die
Schädigung Ihrer Atemwege verstärkt.

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 Notfall-Medikamente 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 Notfall-Medikamente ein!**

Anzeichen eines gefährlichen Anfalles:

- 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)

