Woche 1

Datum

	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
	morgens / abends	morgens / abends	morgens / abends

Bitte hier deine Peak-Flow-Werte ankreuzen (in l/min)

460 440 420 **400** 380 360 340 320 **300** 280 260 240 220 **200** 180 160 140 120 **100** 80 60 40

Bitte ankreuzen:	kein(e) wenig mittel stark	kein(e) wenig mittel stark	kein(e) wenig mittel stark
Husten	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Atemnot	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Beschwerden bei körperlicher Anstrengung	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Welche Bronchienscheibe passt heute für dich? (Bitte ankreuzen)	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
Pollenflug	ja ○	ja ○	ja ○
Infekte	ja ○	ja ○	ja ○
Urlaub	ja ○	ja ○	ja ○
Was war sonst noch wichtig heute?			
Bedarfsmedikation: Anzahl der Hübe			

Welche Dauermedikamente gegen Asthma hast du in dieser Woche genommen?

Medikament	Wie viel (Dosis)
1.	
2.	
3.	

	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
	morgens / abends	morgens / abends	morgens / abends	morgens / abends

460 440 420 **400** 380 360 340 320 **300** 280 260 240 220 **200** 180 160 140 120 **100** 80 60 40

	kein(e) wenig mittel stark	kein(e) wenig mittel stark	kein(e) wenig mittel stark	kein(e) wenig mittel stark
	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
	ja ○	ja ○	ja ○	ja ○
	ja ○	ja ○	ja ○	ja ○
	ja ○	ja ○	ja ○	ja ○

Medikament	Wie viel (Dosis)
1.	
2.	
3.	