



ASTHMA - PROTOKOLL

FÜR EINE BESSERE
KONTROLLE IHRES
ASTHMAS

ASTHMA-PROTOKOLL

So füllen Sie das Asthma-Protokoll richtig aus.

- Obere Spalte: Datum und Uhrzeit der jeweiligen Messung
 - Wir empfehlen, möglichst 2-mal täglich zur gleichen Uhrzeit zu messen
 - Bei starken Beschwerden und Atemnot sollten Sie unbedingt eine zusätzliche Messung durchführen
- Peak-Flow-Werte: Kreuzen Sie den gemessenen Wert möglichst genau innerhalb des zutreffenden Kästchens an
- Asthma-Symptome: Kreuzen Sie bei jeder Messung auch die Stärke Ihrer Symptome an

Am Ende der Woche verbinden Sie die Kreuze miteinander. Alle 4 Wochen notieren Sie bitte zusätzlich das Ergebnis Ihres Selbsttests.

BEISPIELDARSTELLUNG

Persönlicher Peak-Flow-Bestwert

Auf Basis Ihres Peak-Flow-Bestwertes können Sie Ihre täglichen Messwerte mit Hilfe des Ampel-Schemas interpretieren. Der Bestwert lässt sich nur unter optimaler medikamentöser Therapie und in einer stabilen Krankheitsphase eindeutig bestimmen.

Messen Sie in einer derartigen Krankheitsphase 14 Tage lang 3-mal täglich Ihre Peak-Flow-Werte und notieren Sie diese. Ihr Bestwert entspricht dem höchsten Wert aller Ihrer Messungen in diesen 14 Tagen.

ASTHMA-PROTOKOLL																																																															
Montag	Dienstag	Mittwoch																																																													
Datum 27.03. Uhrzeit 7:30 18:00	28.03. 7:30 18:15	29.03. 7:30 18:00																																																													
<table border="1"> <tr><td>800</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>750</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>700</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>650</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>600</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>550</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>500</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>450</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>400</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>350</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>300</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>250</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				800				750				700				650				600				550				500				450				400				350				300				250				200				150				100			
800																																																															
750																																																															
700																																																															
650																																																															
600																																																															
550																																																															
500																																																															
450																																																															
400																																																															
350																																																															
300																																																															
250																																																															
200																																																															
150																																																															
100																																																															
<table border="1"> <tr><td colspan="4">Bitte ankreuzen:</td></tr> <tr><td colspan="4">kein(e) wenig mittel stark</td></tr> <tr> <td>Husten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Atemnot</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auswurf</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beschwerden bei Anstrengung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Bitte ankreuzen:				kein(e) wenig mittel stark				Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beschwerden bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bitte ankreuzen:																																																															
kein(e) wenig mittel stark																																																															
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<table border="1"> <tr><td>Bedarfsmedikament</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>Anzahl der Hübe</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Bedarfsmedikament	2	1	1	Anzahl der Hübe																																																							
Bedarfsmedikament	2	1	1																																																												
Anzahl der Hübe																																																															
<table border="1"> <tr><td colspan="4">Besonderheiten</td></tr> <tr><td colspan="4">Erkältung Engegefühl Urlaub</td></tr> </table>				Besonderheiten				Erkältung Engegefühl Urlaub																																																							
Besonderheiten																																																															
Erkältung Engegefühl Urlaub																																																															
<p>Anzahl der Hübe Ihrer Bedarfsmedikation dokumentieren</p>																																																															
<p>Besonderheiten notieren</p>																																																															
<p>Alle 4 Wochen notieren</p>																																																															
<p>Ergebnis Selbsttest zur Asthma-Kontrolle: _____</p>																																																															

ASTHMA-PROTOKOLL

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE
								/ /
	Uhrzeit	:	:	:	:	:	:	
800								
750								
700								
650								
600								
550								
500								
450								
400								
350								
300								
250								
200								
150								
100								

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

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe						
-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Peak-Flow-Werte in l/min

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE
								/ /
	Uhrzeit	:	:	:	:	:	:	
800								
750								
700								
650								
600								
550								
500								
450								
400								
350								
300								
250								
200								
150								
100								

Bitte ankreuzen:

| Husten | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atemnot | <input type="checkbox"/> |
| Auswurf | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden bei Anstrengung | <input type="checkbox"/> |

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe						
-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Besonderheiten

ASTHMA-PROTOKOLL

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE
								/ /
	Uhrzeit	:	:	:	:	:	:	
	800							
	750							
	700							
	650							
	600							
	550							
	500							
	450							
	400							
	350							
	300							
	250							
	200							
	150							
	100							

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

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe						
-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Peak-Flow-Werte in l/min

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE
								/ /
	Uhrzeit	:	:	:	:	:	:	
	800							
	750							
	700							
	650							
	600							
	550							
	500							
	450							
	400							
	350							
	300							
	250							
	200							
	150							
	100							

Bitte ankreuzen:

| Husten | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atemnot | <input type="checkbox"/> |
| Auswurf | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden bei Anstrengung | <input type="checkbox"/> |

Bedarfsmedikament
Besonderheiten

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe						
-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Ergebnis Selbsttest: _____

ASTHMA-PROTOKOLL

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE
								/ /
	Uhrzeit	:	:	:	:	:	:	
800								
750								
700								
650								
600								
550								
500								
450								
400								
350								
300								
250								
200								
150								
100								

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

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe						
-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Peak-Flow-Werte in l/min

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE
								/ /
	Uhrzeit	:	:	:	:	:	:	
800								
750								
700								
650								
600								
550								
500								
450								
400								
350								
300								
250								
200								
150								
100								

Bitte ankreuzen:

| Husten | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atemnot | <input type="checkbox"/> |
| Auswurf | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden bei Anstrengung | <input type="checkbox"/> |

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe						
-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Besonderheiten

ASTHMA-PROTOKOLL

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE
								/ /
	Uhrzeit	:	:	:	:	:	:	
	800							
	750							
	700							
	650							
	600							
	550							
	500							
	450							
	400							
	350							
	300							
	250							
	200							
	150							
	100							

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

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe						
-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Peak-Flow-Werte in l/min

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE
								/ /
	Uhrzeit	:	:	:	:	:	:	
	800							
	750							
	700							
	650							
	600							
	550							
	500							
	450							
	400							
	350							
	300							
	250							
	200							
	150							
	100							

Bitte ankreuzen:

| Husten | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atemnot | <input type="checkbox"/> |
| Auswurf | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden bei Anstrengung | <input type="checkbox"/> |

Bedarfsmedikament
Besonderheiten

| Anzahl der Hübe |
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Ergebnis Selbsttest: _____