

Mein Asthma-Pass



Name _____

Tel. _____

Allergien _____

Unverträglichkeiten _____

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

Monat

Jahr

Arzt _____

Ausstell-
datum

--	--	--	--

Asthma-Notfall

Peak-Flow-Wert unter

(l/min)

- 1. Inhalieren Sie** ____ Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes*

Lippenbremse anwenden und atemerleichternde Körperhaltung einnehmen

- 2. Keine Besserung nach 10 Minuten:**

Inhalieren Sie erneut ____ Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes*

Nehmen Sie ____ Kortison-Tablette(n) ein*

- 3. Keine Besserung: Notarzt anrufen! (112)**

*Medikamente und Dosierungen vereinbaren Sie mit Ihrem Arzt