



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 Asthma Kontroll Test (ACT).

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

WOCHE 1

	Montag 27.03.		Dienstag 28.03.		Mittwoch 29.03.		Donnerstag 30.03.		Freitag	Samstag	Sonntag	
Datum	27.03.		28.03.		29.03.		30.03.					
Uhrzeit	7:30	18:00	7:30	18:15	7:30	18:00	7:30	18:00				
Peak-Flow-Werte in l/min	200	320	420	380	600	650	680	720				
Bitte ankreuzen:	kein(e) wenig mittel stark											
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe: 2		Anzahl der Hübe: 1		Anzahl der Hübe: 2		Anzahl der Hübe: 1		Anzahl der Hübe:	Anzahl der Hübe:	Anzahl der Hübe:	
Besonderheiten	Erkältung Engegefühl Urlaub											

Alle 4 Wochen notieren

Ergebnis Asthma Kontroll Test (ACT) : _____

ASTHMA-PROTOKOLL

WOCHE _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min	800						
	750						
	700						
	650						
	600						
	550						
	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	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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

WOCHE _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min	800						
	750						
	700						
	650						
	600						
	550						
	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	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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

ASTHMA-PROTOKOLL

		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE _____
Peak-Flow-Werte in l/min	Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
	Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :	
	800								
	750								
	700								
	650								
	600								
	550								
	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	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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Bedarfsmedikament		Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	
Besonderheiten									

		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE _____
Peak-Flow-Werte in l/min	Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
	Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :	
	800								
	750								
	700								
	650								
	600								
	550								
	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	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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Bedarfsmedikament		Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	
Besonderheiten									

ASTHMA-PROTOKOLL

WOCHE _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min	800						
	750						
	700						
	650						
	600						
	550						
	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	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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

WOCHE _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min	800						
	750						
	700						
	650						
	600						
	550						
	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	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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

ASTHMA-PROTOKOLL

		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE _____
Peak-Flow-Werte in l/min	Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
	Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :	
	800								
	750								
	700								
	650								
	600								
	550								
	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	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"/>	
Atemnot		<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"/>	
Beschwerden bei Anstrengung		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe								
Besonderheiten									

		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	WOCHE _____
Peak-Flow-Werte in l/min	Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
	Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :	
	800								
	750								
	700								
	650								
	600								
	550								
	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	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"/>	
Atemnot		<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"/>	
Beschwerden bei Anstrengung		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe								
Besonderheiten									