



ASTHMA- TAGEBUCH

FÜR ERWACHSENE

493030PD12C NP-DE-MPL-PINF-220002 06.2022

Stempelfeld

Peak-Flow-Werte
Asthmakontrolltest



GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Prinzregentenplatz 9 • 81675 München
www.gsk.com

Asthma-Pass

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Asthma-Tagebuch soll Sie dabei unterstützen, besser mit Ihrer Erkrankung zu leben und Ihre Therapie optimal zu nutzen.

Im ersten Teil des Tagebuchs finden Sie auf mehreren Seiten 5 einfache Fragen, die Ihnen dabei helfen, besser einzuschätzen, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben. Bitte füllen Sie diesen Asthmakontrolltest (ACT) alle 4 Wochen aus.

Dieses Heft bietet Peak-Flow-Protokolle, in die Sie Ihre täglichen Werte eintragen können sowie Fragebögen zur Asthmakontrolle für einen Zeitraum von drei Monaten. Es wird empfohlen, das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitzubringen.

Bitte bestimmen Sie zunächst gemeinsam mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt Ihren persönlichen Peak-Flow-Bestwert. Ihren aktuellen Peak-Flow-Wert können Sie dann immer der richtigen Stufe (80–100 %, 50–80 % und unter 50 % des Bestwertes) zuordnen und die erforderlichen Maßnahmen ablesen (siehe Seite 16/17). Bitte sprechen Sie im Zweifel immer mit Ihrem Arzt.

Viel Erfolg und gute Gesundheit wünscht Ihnen GSK

Name:

Straße:

Ort:

Angehörige:

Hausarzt
(Stempel):

Unverträglich-
keiten:

Ständige
Medikamente
wegen anderer
Erkrankungen:

Persönlicher
Peak-Flow-
Bestwert:

Fragebogen zur Asthmakontrolle – ACT

Der Asthmakontrolltest (ACT) ist ein zuverlässiger Test, der Ihnen dabei helfen kann, einzuschätzen, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben.

Mit nur 5 Fragen und bis zu 25 erreichbaren Punkten können Sie Ihre Symptome beobachten und bewerten. Schnell und einfach! Der ACT wurde in klinischen Studien validiert.

Probieren Sie es aus und ermitteln Sie im 4-wöchigen Rhythmus den momentanen Zustand Ihres Asthmas!

1. Schritt:

Kreuzen Sie bei jeder Frage die auf Sie zutreffende Antwort an und tragen Sie die Punktzahl in das Kästchen rechts ein. Antworten Sie bitte so ehrlich wie möglich. Das hilft Ihnen und Ihrem Arzt, über Ihr Asthma zu sprechen und herauszufinden, wie schwer Ihr Asthma tatsächlich ist.

2. Schritt:

Zählen Sie Ihre Punkte zusammen, um einen Gesamtwert zu erhalten.

3. Schritt: Ermitteln Sie Ihren Asthma-Wert

20 bis 25 Punkte – Herzlichen Glückwunsch!

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen anscheinend unter Kontrolle! Bleiben Sie dennoch aufmerksam – wenn Sie Probleme mit Ihrem Asthma feststellen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

16 bis 19 Punkte – Noch im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen teilweise unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt um zu besprechen, wie Sie eine noch bessere Kontrolle erreichen können.

15 Punkte und weniger – Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen nicht unter Kontrolle! Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt um zu besprechen, welche Schritte jetzt nötig sind.

Der Asthmakontrolltest (ACT)

Kontrolle des Asthmas über die letzten 4 Wochen

1

Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Punkte:

Immer

1

Meistens

2

Manch mal

3

Selten

4

Nie

5

2

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Punkte:

Mehr als einmal
am Tag

1

Einmal am Tag

2

3 bis 6 Mal
pro Woche

3

Ein- oder zwei-
mal pro Woche

4

Überhaupt
nicht

5

3

Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

Punkte:

4 oder mehr
Nächte
pro Woche

1

2 oder 3 Nächte
pro Woche

2

Einmal pro
Woche

3

Ein- oder zwei-
mal

4

Überhaupt
nicht

5

4

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler wie z. B. Salbutamol) eingesetzt?

Punkte:

3 Mal oder öfter
am Tag

1

1 oder 2 Mal
am Tag

2

2 oder 3 Mal
pro Woche

3

Einmal
pro Woche
oder weniger

4

Überhaupt
nicht

5

5

Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Punkte:

Überhaupt nicht

1

Schlecht

2

Etwas

3

Gut

4

Völlig

5

Name:

Datum:

Summe:

Der Asthmakontrolltest (ACT)

Kontrolle des Asthmas über die letzten 4 Wochen

1

Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Punkte:

Immer

1

Meistens

2

Manch mal

3

Selten

4

Nie

5

2

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Punkte:

Mehr als einmal
am Tag

1

Einmal am Tag

2

3 bis 6 Mal
pro Woche

3

Ein- oder zwei-
mal pro Woche

4

Überhaupt
nicht

5

3

Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

Punkte:

4 oder mehr
Nächte
pro Woche

1

2 oder 3 Nächte
pro Woche

2

Einmal pro
Woche

3

Ein- oder zwei-
mal

4

Überhaupt
nicht

5

4

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler wie z. B. Salbutamol) eingesetzt?

Punkte:

3 Mal oder öfter
am Tag

1

1 oder 2 Mal
am Tag

2

2 oder 3 Mal
pro Woche

3

Einmal
pro Woche
oder weniger

4

Überhaupt
nicht

5

5

Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Punkte:

Überhaupt nicht

1

Schlecht

2

Etwas

3

Gut

4

Völlig

5

Name:

Datum:

Summe:

Der Asthmakontrolltest (ACT)

Kontrolle des Asthmas über die letzten 4 Wochen

1

Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Punkte:

Immer

1

Meistens

2

Manch mal

3

Selten

4

Nie

5

2

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Punkte:

Mehr als einmal
am Tag

1

Einmal am Tag

2

3 bis 6 Mal
pro Woche

3

Ein- oder zwei-
mal pro Woche

4

Überhaupt
nicht

5

3

Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

Punkte:

4 oder mehr
Nächte
pro Woche

1

2 oder 3 Nächte
pro Woche

2

Einmal pro
Woche

3

Ein- oder zwei-
mal

4

Überhaupt
nicht

5

4

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler wie z. B. Salbutamol) eingesetzt?

Punkte:

3 Mal oder öfter
am Tag

1

1 oder 2 Mal
am Tag

2

2 oder 3 Mal
pro Woche

3

Einmal
pro Woche
oder weniger

4

Überhaupt
nicht

5

5

Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Punkte:

Überhaupt nicht

1

Schlecht

2

Etwas

3

Gut

4

Völlig

5

Name:

Datum:

Summe:

Der Asthmakontrolltest (ACT)

Kontrolle des Asthmas über die letzten 4 Wochen

1

Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Punkte:

Immer 1 Meistens 2 Manch mal 3 Selten 4 Nie 5

2

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Punkte:

Mehr als einmal am Tag 1 Einmal am Tag 2 3 bis 6 Mal pro Woche 3 Ein- oder zweimal pro Woche 4 Überhaupt nicht 5

3

Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

Punkte:

4 oder mehr Nächte pro Woche 1 2 oder 3 Nächte pro Woche 2 Einmal pro Woche 3 Ein- oder zweimal 4 Überhaupt nicht 5

4

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler wie z. B. Salbutamol) eingesetzt?

Punkte:

3 Mal oder öfter am Tag 1 1 oder 2 Mal am Tag 2 2 oder 3 Mal pro Woche 3 Einmal pro Woche oder weniger 4 Überhaupt nicht 5

5

Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Punkte:

Überhaupt nicht 1 Schlecht 2 Etwas 3 Gut 4 Völlig 5

Name:

Datum:

Summe:

Peak-Flow-Werte: Erklärung und Messung

Das Peak-Flow-Meter ist ein einfaches, kleines und handliches Gerät, mit dessen Hilfe Sie an jedem Ort und zu jeder Zeit den maximalen Atemfluss während einer verstärkten Ausatmung messen können (Peak Expiratory Flow = PEF).

Bei guter Lungenfunktion ist der Peak-Flow-Wert hoch. Eine Verengung der Bronchien führt zu einer Abnahme des Peak-Flow-Wertes. Die Werte sind unterschiedlich und abhängig von Faktoren wie Körpergröße, Geschlecht, Alter oder Tageszeit.

Ihr persönlicher Bestwert beschreibt die maximale Weite der Atemwege, die Ihre Lunge unter optimalen Bedingungen erreichen kann.

Bestimmung des persönlichen Peak-Flow-Bestwertes:

Ihr persönlicher Bestwert entspricht dem

- besten Peak-Flow-Wert nach ca. 14-tägiger Messung
- unter optimaler medikamentöser Therapie
- in einer stabilen Phase der Erkrankung

Wie messe ich den Peak-Flow richtig?

- Immer in gleicher Körperposition messen
- Möglichst immer zur gleichen Zeit messen, z. B. nach dem Aufstehen oder Zubettgehen
- Messzeiger vor der Messung auf Null stellen
- Gerät waagrecht vor den Mund halten
- Tief einatmen und kurz die Luft anhalten
- Mundstück mit den Lippen fest umschließen
- Schnell, kurz und mit aller Kraft ausatmen (wie beim Auspusten einer Kerze)
- 3 Messungen durchführen
- Den höchsten Wert im Asthmatagebuch notieren



Ampelschema

Um sich einen schnellen Überblick über Ihre derzeitige Situation zu verschaffen, können Sie, in Verbindung mit Ihren bei der Peak-Flow-Messung gemessenen Werten, das Ampelschema anwenden.

Ihr Peak-Flow-Wert ist besser als 80 % Ihres Bestwertes.

(= über _____ l/min)

Sie befinden sich nahe an Ihrem persönlichen Bestwert. Sie haben Ihre Asthma-Symptome gut im Griff und derzeit kaum Beschwerden.

- Geringe Schwankungen Ihrer Peak-Flow-Werte (Schwankungen weniger als 20 %)
- Keine Luftnot tagsüber und nachts
- Kaum Husten
- Körperliche Belastbarkeit nicht eingeschränkt
- Notfall-Spray wird selten benötigt, Verbrauch ist unverändert

Ihr Peak-Flow-Wert liegt zwischen 50 % und 80 % Ihres Bestwertes.

(= _____ l/min bis _____ l/min)

Ihre Peak-Flow-Werte unterliegen stärkeren Schwankungen. Achtung, dies ist ein Hinweis dafür, dass die medikamentöse Behandlung überprüft und angepasst werden muss. Bleiben die Peak-Flow-Werte auch nach wiederholten Messungen im gelben Bereich, vereinbaren Sie bitte schnellstmöglich einen Arzttermin.

- Tageszeitliche Schwankung beträgt mehr als 20 %
- Nächtliche Atemnot
- Tagsüber häufig Luftnot
- Körperliche Belastbarkeit nimmt ab
- Verstärkter Einsatz des Notfallsprays notwendig

Ihr Peak-Flow-Wert liegt unter 50 % Ihres Bestwertes.

(= unter _____ l/min)

Ihre Atemwege sind instabil, ein Asthmaanfall kann jederzeit auftreten. Wie Sie in dieser Situation am besten vorgehen, vor allem beim Auftreten von Atemnot, erfahren Sie auf der vorletzten Seite dieses Heftes im „Notfallplan“. **Außerdem sollten Sie unbedingt mit Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen.**

- Tageszeitliche Schwankung beträgt mehr als 30 %
- Ständige Luftnot, in Ruhe und beim Sprechen
- Atemnot, die in den letzten Tagen schon zu spüren war, nimmt zu
- Auftreten von Hustenattacken, Engegefühl nimmt zu
- Körperliche Belastbarkeit deutlich eingeschränkt
- Keine Besserung durch Einsatz des Notfall-Sprays, häufige Inhalation nötig

Woche 1

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7											
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends									
	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00				
800																																				
750																																				
700																																				
650																																				
600																																				
550																																				
500																																				
450																																				
400																																				
350																																				
300																																				
250																																				
200																																				
150																																				
100																																				
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark																																
Husten	<input type="radio"/>																																			
Atemnot	<input type="radio"/>																																			
Andere Symptome	<input type="radio"/>																																			
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																																			
Urlaub	ja <input type="radio"/>																																			
Asthmamedikation																																				
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																				

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 2

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7							
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends					
	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00				
800																																
750																																
700																																
650																																
600																																
550																																
500																																
450																																
400																																
350																																
300																																
250																																
200																																
150																																
100																																
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark																												
Husten	<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"/>																												
Andere Symptome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																												
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																															
Urlaub	ja <input type="radio"/>																															
Asthmamedikation																																
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 3

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7																																		
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends																																
	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00																															
	800				750				700				650				600				550				500				450				400				350				300				250				200				150				100		
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark	kein(é)	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"/>																																																				
Andere Symptome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																				
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																																																										
Urlaub	ja <input type="radio"/>																																																										
Asthmamedikation																																																											
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																																											

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 4

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7											
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends									
	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00				
800																																				
750																																				
700																																				
650																																				
600																																				
550																																				
500																																				
450																																				
400																																				
350																																				
300																																				
250																																				
200																																				
150																																				
100																																				
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark																																
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Andere Symptome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Pollenflug	ja <input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Urlaub	ja <input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Asthmamedikation																																				
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																				

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 5

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7											
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends									
	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00				
800																																				
750																																				
700																																				
650																																				
600																																				
550																																				
500																																				
450																																				
400																																				
350																																				
300																																				
250																																				
200																																				
150																																				
100																																				
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark																																
Husten	<input type="radio"/>																																			
Atemnot	<input type="radio"/>																																			
Andere Symptome	<input type="radio"/>																																			
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																																			
Urlaub	ja <input type="radio"/>																																			
Asthmamedikation																																				
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																				

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 7

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7											
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends									
	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00				
800																																				
750																																				
700																																				
650																																				
600																																				
550																																				
500																																				
450																																				
400																																				
350																																				
300																																				
250																																				
200																																				
150																																				
100																																				
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark																																
Husten	<input type="radio"/>																																			
Atemnot	<input type="radio"/>																																			
Andere Symptome	<input type="radio"/>																																			
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																																			
Urlaub	ja <input type="radio"/>																																			
Asthmamedikation																																				
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																				

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 9

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7																																		
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends																																
	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00																															
	800				750				700				650				600				550				500				450				400				350				300				250				200				150				100		
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark	kein(é)	wenig	mittel	stark																																																			
Husten	<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"/>																																																					
Andere Symptome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																					
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																																																										
Urlaub	ja <input type="radio"/>																																																										
Asthmamedikation																																																											
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																																											

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 10

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7							
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends					
	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00	6,00	12,00	18,00	22,00				
800																																
750																																
700																																
650																																
600																																
550																																
500																																
450																																
400																																
350																																
300																																
250																																
200																																
150																																
100																																
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark																												
Husten	<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"/>																												
Andere Symptome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																												
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																															
Urlaub	ja <input type="radio"/>																															
Asthmamedikation																																
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 11

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7											
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends									
	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00				
800																																				
750																																				
700																																				
650																																				
600																																				
550																																				
500																																				
450																																				
400																																				
350																																				
300																																				
250																																				
200																																				
150																																				
100																																				
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark																																
Husten	<input type="radio"/>																																			
Atemnot	<input type="radio"/>																																			
Andere Symptome	<input type="radio"/>																																			
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																																			
Urlaub	ja <input type="radio"/>																																			
Asthmamedikation																																				
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																				

PEAK-FLOW-MESSUNG

Woche 12

	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				Tag 6				Tag 7							
	Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends		Morgens		Abends					
	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00	6.00	12.00	18.00	22.00				
800																																
750																																
700																																
650																																
600																																
550																																
500																																
450																																
400																																
350																																
300																																
250																																
200																																
150																																
100																																
Bitte ankreuzen:	kein(é)	wenig	mittel	stark	kein(é)	wenig	mittel	stark																								
Husten	<input type="radio"/>																															
Atemnot	<input type="radio"/>																															
Andere Symptome	<input type="radio"/>																															
Pollenflug	ja <input type="radio"/>																															
Urlaub	ja <input type="radio"/>																															
Asthmamedikation																																
Notfallspray: Anzahl der Hübe																																

PEAK-FLOW-MESSUNG

Was tun im Notfall?

Asthmaanfall

- Langsam oder plötzlich einsetzende Luftnot
- Starke Zunahme der Luftnot
- Pfeifende Atemgeräusche (Giemen)
- Trockener Husten und/oder
- Zäher Schleim
- Abfall des Peak-Flow-Wertes unter _____ l/min
(bitte klären Sie den Grenzwert mit Ihrem Arzt ab)

Das ist zu tun:

1. Stufe

- Kutschersitz oder Torwartstellung mit Lippenbremse
- 2 bis 4 Hübe Notfallspray
- Weiter Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse

2. Stufe, falls keine Besserung

- 2 bis 4 Hübe Notfallspray
- Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse
- Notfalltablette (Kortison), z. B. _____ , einnehmen (hier bitte den Namen der Notfalltablette eintragen)

3. Stufe, falls keine Besserung

- Arzt / Notarzt 112 verständigen
- Weiter Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse

Was tun im Notfall?

Lippenbremse



Die Lippenbremse hilft, die Atemwege zu weiten: Atmen Sie gegen die locker aufeinander liegenden, gespitzen Lippen aus. Dabei sind die Wangen gebläht.

Kutschersitz



Der Kutschersitz soll Ihnen die Atmung erleichtern: Setzen Sie sich auf die vordere Kante eines Stuhles, spreizen Sie die Knie und legen Sie die Ellenbogen mit leicht gebeugten Armen auf die Knie. Wichtig ist, dass der Rücken gerade und der Bauch entspannt ist.

Atemerleichternde Körperhaltungen und Atemtechniken können in einer Atemtherapiegruppe, bei speziell ausgebildeten Physiotherapeuten oder in einer Lungensportgruppe erlernt werden.