

# Mein Asthma-Tagebuch



Vorname, Name: \_\_\_\_\_

KW \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>
Peak-Flow-Werte in l/Min. (ankreuzen)	800 700 600 500 400 300 200 100	800 700 600 500 400 300 200 100	800 700 600 500 400 300 200 100	800 700 600 500 400 300 200 100	800 700 600 500 400 300 200 100	800 700 600 500 400 300 200 100	800 700 600 500 400 300 200 100

**Symptome** Keine = 0 gering = 1 mäßig = 2 stark = 3

Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Symptom: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bedarfsmedikation** Anzahl der Hübe

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Vermutete Auslöser eines Asthmaanfalls**

z.B. Infekt, Stress, Kontakt zu Tieren	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

**Medikation in dieser Woche**

Name	Dosis	Name	Dosis
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	