

Vorname, Name

KW / 20

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit	8 ⁰⁰ 14 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ 14 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ 14 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ 14 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ 14 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ 14 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ 14 ⁰⁰ 20 ⁰⁰
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 Asthma-Anfalls

z.B. Infekt, Stress, Kontakt zu Tieren

--	--	--	--	--	--	--

Medikation in dieser Woche

Name	Dosis	Name	Dosis
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	