



# Patiententagebuch

für Asthmatiker



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>
Peakflow-Werte in l/Min. (ankreuzen)	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.	