

# Mein Asthma - Tagebuch

Peak-Flow-Werte und Asthmakontrolltest (ACT™)

„Ich bin Easy  
und ich zeig dir, wie es geht.  
**Komm mit.“**



# Über mich

Mein Name \_\_\_\_\_

Meine Straße \_\_\_\_\_

Mein Wohnort \_\_\_\_\_

## Im Notfall benachrichtigen:

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Arzt \_\_\_\_\_

Stempel

Meine Allergien \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente, die ich wegen anderer Erkrankungen nehme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persönlicher Peak-Flow-Bestwert \_\_\_\_\_ (l/min)

## Wozu brauche ich ein Asthma-Tagebuch?

In das Asthma-Tagebuch trägst du jeden Tag ein, wie es dir mit deinem Asthma geht. Und bald kannst du ganz schnell selbst erkennen, wann es dir besser oder schlechter geht.

Mithilfe deiner Eintragungen kann dein Arzt auch leichter entscheiden, ob du die richtigen Medikamente nimmst. Deshalb solltest du das Asthma-Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitbringen.

Dieses Asthma-Tagebuch enthält auch den ACT™. Das ist ein Asthmakontrolltest, mit dem du alle vier Wochen kontrollieren kannst, ob du dein Asthma im Griff hast. Er sagt dir, ob du einfach alles so weiter machen kannst oder dir einen Arzttermin besorgen solltest. Du siehst also, dass es sehr wichtig ist, deine Werte regelmäßig und sehr gründlich in das Tagebuch einzutragen.

**„Auf den nächsten Seiten  
zeige ich dir,  
worauf du achten musst.“**



## Messen mit einem Peak-Flow-Meter

Das Peak-Flow-Meter (das wird „piek-flo“ ausgesprochen) ist ein mechanisches oder digitales Gerät, mit dem du messen kannst, wie gut es deiner Lunge geht. Den Wert, den das Gerät anzeigt, trägst du in das Asthma-Protokoll (ab Seite 12) ein. Er sagt dir, wie viele Liter Luft pro Minute durch deine Lunge fließen können.

Das digitale Peak-Flow-Meter misst deine Werte noch genauer und hat sogar einen Speicher. Wenn du das Gerät an einen PC anschließt, kann dir eine spezielle Software den Verlauf deines Asthmas grafisch darstellen.



Mechanisches Peak-Flow-Meter



Digitales Peak-Flow-Meter

## Wie messe ich den Peak-Flow-Wert?

- Den Zeiger auf 0 stellen
- Gerät waagrecht vor den Mund halten
- Tief einatmen
- Lippen fest um das Mundstück schließen
- So kräftig und schnell wie möglich in das Gerät pusten (so wie beim Ausblasen einer Kerze).

**Es kommt nicht auf eine lange Ausatmung an, sondern auf einen kurzen heftigen Atemstoß.**

- Der Zeiger bzw. das Display zeigt Ihren Wert an
- Den Wert merken und Messung 2-mal wiederholen
- Den höchsten Wert in das Asthma-Protokoll eintragen

Da jedes digitale Gerät ein wenig anders funktioniert, solltest du die Mess-Anleitung des jeweiligen Herstellers gründlich lesen.

**„Drei Dinge musst du beachten:**

- Immer **kräftig** in das Gerät pusten
- **Nicht** in das Gerät hineinhusten
- **Mit den Fingern nicht** den Zeiger oder die Auslassdüsen **behindern**“



## Was trage ich in die Tabelle ein?

- ① Obere Spalte:  
An welchem Tag und um wie viel Uhr du gemessen hast.
- ② Tabelle:  
Den gemessenen Peak-Flow-Wert möglichst genau ankreuzen.
- ③ Zusatzfragen:  
Jetzt noch die Stärke deiner Asthma-Beschwerden bewerten – **und fertig!**

Am Ende jeder Woche trägst du ganz unten auf der Seite noch deine Medikamente ein. Wenn du die Kreuze in der Tabelle miteinander verbindest, kannst du ganz leicht erkennen, wie sich dein Asthma in dieser Woche entwickelt hat. Ob es besser oder schlechter geworden ist.

**„Am besten misst du deinen Peak-Flow-Wert jeden Morgen und jeden Abend.“**

## Wie hoch ist mein Peak-Flow-Bestwert?

Wenn du deinen Peak-Flow-Bestwert kennst, fällt es dir bei der täglichen Messung viel leichter zu entscheiden, ob dein Asthma besser oder schlimmer geworden ist.

Deinen Peak-Flow-Bestwert kannst du nur bestimmen, während du bereits Medikamente nimmst und dein Asthma gerade stabil ist. Miss einfach 14 Tage lang 3-mal täglich deinen Peak-Flow-Wert und notiere die Ergebnisse. Der höchste Wert aller Messungen ist dein Peak-Flow-Bestwert.

The image shows a detailed asthma protocol form with handwritten annotations in German. A superhero character is visible on the right side of the form.

**Annotations:**

- Datum eintragen:** Points to the date field (Montag 16.11., Dienstag 17.11.).
- Uhrzeit der Messung eintragen:** Points to the time selection grid (7, 11, 16, 21).
- Gemessenen Peak-Flow-Wert mit einem Kreuz markieren:** Points to the 'Peak-Flow-Werte in l/min.' grid where 'X' marks are placed at 100 and 180.
- Stärke deiner Asthma-Beschwerden bewerten:** Points to the 'Bitte ankreuzen:' section for symptoms like cough, breathlessness, and wheezing.
- Zusatzfragen beantworten:** Points to the 'Andere Beschwerden' section with answers like 'Engegefühl 2' and 'Herzrasen 1'.
- Medikamente eintragen:** Points to the 'Asthmamedikation' section at the bottom.

**Form Content:**

**Peak-Flow-Werte in l/min. Table:**

Peak-Flow-Werte in l/min.	Montag 16.11.				Dienstag 17.11.			
	7	11	16	21	7	11	16	21
460								
440								
420								
400								
380								
360								
340								
320								
300								
280								
260								
240								
220								
200								
180			X					
160								
140								
120								
100			X					
80								
60								

**Bitte ankreuzen:**

	keine	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Andere Beschwerden:**

Enggeföhl	2
Herzrasen	1

**Zusatzfragen:** Urlaub, Erkältung

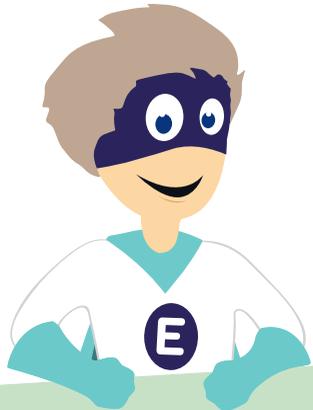
**Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis):**

- Medikament 1 /
- Medikament 2 /
- /

## Was bedeuten meine Peak-Flow-Werte?

Wenn du ganz nach hinten blätterst, findest du das Ampelschema der Deutschen Atemwegsliga e. V. Dein Arzt kann die fehlenden Informationen für dich in das Schema eintragen.

Wenn dein Asthma dir Probleme macht, du also starken Husten oder Atemnot bekommst, solltest du ganz schnell deinen Peak-Flow-Wert messen. Das Ampelschema sagt dir dann anhand des Wertes, was du tun musst, damit es dir bald besser geht.



„Nur wenn dein Peak-Flow-Wert im grünen Bereich ist, darfst du trainieren und am Sportunterricht teilnehmen.“

Bestwertes, die dein Arzt dir verordnet hat

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Dein Bedarfsmedikament bei Atemnot, Engegefühl, Husten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestwertes, die angegeben

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Bestwertes, die angegeben

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Deine Peak-Flow-Werte liegen zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ (80 - 100 % des persönlichen Bestwertes).

Die Farbe Grün sagt dir - wie eine grüne Ampel -, dass dein Asthma gut eingestellt ist.

Mit Hilfe der täglichen Dauermedikation werden die asthmatischen Beschwerden auf ein Minimum gesenkt und die Belastungen des Alltags gut bewältigt. Du wachst nachts nicht oder nur selten wegen Atemnot auf.

Deine Bedarfsmedikation brauchst du selten.

Liegen die Peak-Flow-Werte zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ (50 - 80 % des persönlichen Bestwertes), haben sich die bronchiale Entzündung und die Verkrampfungsbereitschaft verstärkt. Zunehmende Atemnot, Husten und Giemen sind die Folgen.

Die nächtlichen Beschwerden nehmen zu, das krampflösende Spray oder Pulver wird öfter gebraucht und scheint nicht mehr so gut zu wirken.

Die tägliche Dauermedikation reicht nicht mehr aus. Die Medikamente müssen für eine gewisse Zeit dem schlechteren Zustand angepasst werden. Ziel ist es, die Peak-Flow-Werte des grünen Bereiches wieder zu erreichen.

Das Peak-Flow-Meter zeigt Werte unter \_\_\_\_\_ (Bestwertes), trotz Inhalation.

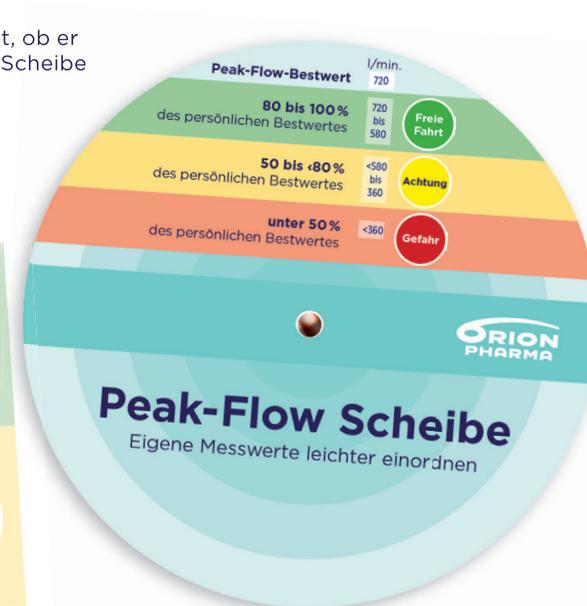
Freie Fahrt

Achtung

## Noch einfacher geht's mit einer Peak-Flow-Scheibe.

- 1 Im weißen Feld stellst du deinen Peak-Flow-Bestwert ein.
- 2 Mithilfe deines gemessenen Wertes kannst du deine aktuelle Ampelphase einfach auf der Scheibe ablesen.
- 3 Auf der Rückseite der Peak-Flow-Scheibe kannst du dann nachlesen, was zu tun ist.

Frag deinen Arzt, ob er eine Peak-Flow-Scheibe für dich hat.



# Anleitung Asthmakontrolltest (ACT™)

## Der Asthmakontrolltest (ACT™)

Mit dem Asthmakontrolltest können du und dein Arzt kontrollieren, ob du dein Asthma gut im Griff hast.

Das ist gar nicht schwer. Der Test besteht aus 7 Fragen. Die ersten 4 Fragen beantwortest du. Die letzten 3 Fragen beantworten deine Eltern. Hierbei solltet ihr euch nicht absprechen, sondern unabhängig voneinander und ehrlich antworten.

Am Ende rechnest du mit deinen Eltern einfach die angekreuzten Punkte zusammen und trägst am unteren Seitenrand den Gesamtwert ein. Insgesamt gibt es 27 Punkte.

### Ergebnisse:

#### 27 Punkte - Herzlichen Glückwunsch!

Dein Asthma ist gut kontrolliert. Momentan brauchen deine Eltern keinen Termin bei deinem Arzt vereinbaren.

#### 20 bis 26 Punkte - Im Zielbereich

Dein Asthma scheint gut kontrolliert zu sein. Deine Eltern sollten dennoch in regelmäßigen Abständen einen Termin bei deinem Arzt einplanen.

#### 19 Punkte und weniger - Außerhalb des Zielbereichs

Dein Asthma ist wahrscheinlich nicht ausreichend und bestmöglich kontrolliert. Deine Eltern sollten unbedingt einen Termin bei deinem Arzt vereinbaren.

## Fragen an Dich:

### ① Wie ist dein Asthma heute?

- ① Sehr schlimm
- ② Gut
- ① Schlimm
- ② Sehr gut

### ② Wie sehr stört dich dein Asthma wenn du rennst, dich anstrengst oder beim Sport?

- ① Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte
- ② Es stört mich und ich mag das nicht
- ③ Es stört mich, aber es ist ok
- ③ Es stört mich nicht

### ③ Musst du husten, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit
- ② Ja, manchmal
- ① Ja, oft
- ③ Nein, nie

Gesamtwert

z.B. 25

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____				1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____		

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

## Fragen an Dich:

### ① Wie ist dein Asthma heute?

- |                |            |
|----------------|------------|
| ① Sehr schlimm | ① Schlimm  |
| ② Gut          | ③ Sehr gut |

### ② Wie sehr stört dich dein Asthma wenn du rennst, dich anstrengst oder beim Sport?

- ① Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte
- ② Es stört mich und ich mag das nicht
- ③ Es stört mich, aber es ist ok
- ④ Es stört mich nicht

### ③ Musst du husten, weil du Asthma hast?

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| ① Ja, die ganze Zeit | ① Ja, oft   |
| ② Ja, manchmal       | ③ Nein, nie |

### ④ Wachst du nachts auf, weil du Asthma hast?

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| ① Ja, die ganze Zeit | ① Ja, oft   |
| ② Ja, manchmal       | ③ Nein, nie |

Hier bist du gefragt!

## Fragen an deine Eltern:

### ① An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen tagsüber Asthma-Beschwerden?

- |                 |                  |                  |
|-----------------|------------------|------------------|
| ① Jeden Tag     | ① An 19-24 Tagen | ② An 11-18 Tagen |
| ③ An 4-10 Tagen | ④ An 1-3 Tagen   | ⑤ An keinem Tag  |

### ② An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen wegen des Asthmas ein pfeifendes Atemgeräusch?

- |                 |                  |                  |
|-----------------|------------------|------------------|
| ① Jeden Tag     | ① An 19-24 Tagen | ② An 11-18 Tagen |
| ③ An 4-10 Tagen | ④ An 1-3 Tagen   | ⑤ An keinem Tag  |

### ③ An wie vielen Tagen ist Ihr Kind in den letzten 4 Wochen nachts wegen des Asthmas aufgewacht?

- |                 |                  |                  |
|-----------------|------------------|------------------|
| ① Jeden Tag     | ① An 19-24 Tagen | ② An 11-18 Tagen |
| ③ An 4-10 Tagen | ④ An 1-3 Tagen   | ⑤ An keinem Tag  |

Gesamtwert



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

## Fragen an Dich:

### ① Wie ist dein Asthma heute?

- ① Sehr schlimm      ① Schlimm
- ② Gut                    ③ Sehr gut

### ② Wie sehr stört dich dein Asthma wenn du rennst, dich anstrengst oder beim Sport?

- ① Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte
- ② Es stört mich und ich mag das nicht
- ③ Es stört mich, aber es ist ok
- ④ Es stört mich nicht

### ③ Musst du husten, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit      ① Ja, oft
- ② Ja, manchmal            ③ Nein, nie

### ④ Wachst du nachts auf, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit      ① Ja, oft
- ② Ja, manchmal            ③ Nein, nie

Hier bist du gefragt!

## Fragen an deine Eltern:

### ① An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen tagsüber Asthma-Beschwerden?

- ① Jeden Tag                    ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

### ② An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen wegen des Asthmas ein pfeifendes Atemgeräusch?

- ① Jeden Tag                    ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

### ③ An wie vielen Tagen ist Ihr Kind in den letzten 4 Wochen nachts wegen des Asthmas aufgewacht?

- ① Jeden Tag                    ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

Gesamtwert



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____				1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____		

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____				1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____		

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

## Fragen an Dich:

### ① Wie ist dein Asthma heute?

- ① Sehr schlimm      ① Schlimm
- ② Gut                    ③ Sehr gut

### ② Wie sehr stört dich dein Asthma wenn du rennst, dich anstrengst oder beim Sport?

- ① Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte
- ② Es stört mich und ich mag das nicht
- ③ Es stört mich, aber es ist ok
- ④ Es stört mich nicht

### ③ Musst du husten, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit      ① Ja, oft
- ② Ja, manchmal          ③ Nein, nie

### ④ Wachst du nachts auf, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit      ① Ja, oft
- ② Ja, manchmal          ③ Nein, nie

Hier bist du gefragt!

## Fragen an deine Eltern:

### ① An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen tagsüber Asthma-Beschwerden?

- ① Jeden Tag              ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen        ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

### ② An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen wegen des Asthmas ein pfeifendes Atemgeräusch?

- ① Jeden Tag              ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen        ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

### ③ An wie vielen Tagen ist Ihr Kind in den letzten 4 Wochen nachts wegen des Asthmas aufgewacht?

- ① Jeden Tag              ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen        ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

Gesamtwert



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____				1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____		

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

## Fragen an Dich:

### ① Wie ist dein Asthma heute?

- |                |            |
|----------------|------------|
| ① Sehr schlimm | ① Schlimm  |
| ② Gut          | ③ Sehr gut |

### ② Wie sehr stört dich dein Asthma wenn du rennst, dich anstrengst oder beim Sport?

- ① Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte
- ② Es stört mich und ich mag das nicht
- ③ Es stört mich, aber es ist ok
- ④ Es stört mich nicht

### ③ Musst du husten, weil du Asthma hast?

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| ① Ja, die ganze Zeit | ① Ja, oft   |
| ② Ja, manchmal       | ③ Nein, nie |

### ④ Wachst du nachts auf, weil du Asthma hast?

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| ① Ja, die ganze Zeit | ① Ja, oft   |
| ② Ja, manchmal       | ③ Nein, nie |

Hier bist du gefragt!

## Fragen an deine Eltern:

### ① An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen tagsüber Asthma-Beschwerden?

- |                 |                  |                  |
|-----------------|------------------|------------------|
| ① Jeden Tag     | ① An 19-24 Tagen | ② An 11-18 Tagen |
| ③ An 4-10 Tagen | ④ An 1-3 Tagen   | ⑤ An keinem Tag  |

### ② An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen wegen des Asthmas ein pfeifendes Atemgeräusch?

- |                 |                  |                  |
|-----------------|------------------|------------------|
| ① Jeden Tag     | ① An 19-24 Tagen | ② An 11-18 Tagen |
| ③ An 4-10 Tagen | ④ An 1-3 Tagen   | ⑤ An keinem Tag  |

### ③ An wie vielen Tagen ist Ihr Kind in den letzten 4 Wochen nachts wegen des Asthmas aufgewacht?

- |                 |                  |                  |
|-----------------|------------------|------------------|
| ① Jeden Tag     | ① An 19-24 Tagen | ② An 11-18 Tagen |
| ③ An 4-10 Tagen | ④ An 1-3 Tagen   | ⑤ An keinem Tag  |

Gesamtwert



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

## Fragen an Dich:

### ① Wie ist dein Asthma heute?

- ① Sehr schlimm      ① Schlimm
- ② Gut                    ③ Sehr gut

### ② Wie sehr stört dich dein Asthma wenn du rennst, dich anstrengst oder beim Sport?

- ① Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte
- ② Es stört mich und ich mag das nicht
- ③ Es stört mich, aber es ist ok
- ④ Es stört mich nicht

### ③ Musst du husten, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit      ① Ja, oft
- ② Ja, manchmal            ③ Nein, nie

### ④ Wachst du nachts auf, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit      ① Ja, oft
- ② Ja, manchmal            ③ Nein, nie

Hier bist du gefragt!

## Fragen an deine Eltern:

### ① An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen tagsüber Asthma-Beschwerden?

- ① Jeden Tag                    ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

### ② An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen wegen des Asthmas ein pfeifendes Atemgeräusch?

- ① Jeden Tag                    ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

### ③ An wie vielen Tagen ist Ihr Kind in den letzten 4 Wochen nachts wegen des Asthmas aufgewacht?

- ① Jeden Tag                    ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen        ⑤ An keinem Tag

Gesamtwert



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

## Fragen an Dich:

### ① Wie ist dein Asthma heute?

- ① Sehr schlimm      ① Schlimm
- ② Gut                      ③ Sehr gut

### ② Wie sehr stört dich dein Asthma wenn du rennst, dich anstrengst oder beim Sport?

- ① Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte
- ② Es stört mich und ich mag das nicht
- ③ Es stört mich, aber es ist ok
- ④ Es stört mich nicht

### ③ Musst du husten, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit      ① Ja, oft
- ② Ja, manchmal              ③ Nein, nie

### ④ Wachst du nachts auf, weil du Asthma hast?

- ① Ja, die ganze Zeit      ① Ja, oft
- ② Ja, manchmal              ③ Nein, nie

Hier bist du gefragt!

## Fragen an deine Eltern:

### ① An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen tagsüber Asthma-Beschwerden?

- ① Jeden Tag                      ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen          ⑤ An keinem Tag

### ② An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen wegen des Asthmas ein pfeifendes Atemgeräusch?

- ① Jeden Tag                      ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen          ⑤ An keinem Tag

### ③ An wie vielen Tagen ist Ihr Kind in den letzten 4 Wochen nachts wegen des Asthmas aufgewacht?

- ① Jeden Tag                      ① An 19-24 Tagen      ② An 11-18 Tagen
- ③ An 4-10 Tagen              ④ An 1-3 Tagen          ⑤ An keinem Tag

Gesamtwert



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
<b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>	460						
	440						
	420						
	400						
	380						
	360						
	340						
	320						
	300						
	280						
	260						
	240						
	220						
	200						
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
<b>Bitte ankreuzen:</b>	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"/>
Andere Beschwerden							
Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)							
Besonderheiten							
Asthmamedikation in dieser Woche (Name/Dosis)	1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			1. _____ / _____ 2. _____ / _____ 3. _____ / _____			



**Peak-Flow-Wert 80 bis 100 % des Bestwertes.  
Nimm jeden Tag die Medikamente, die dein Arzt dir verordnet hat  
(grüner Bereich):**

1.

2.

3.

Dein Bedarfsmedikament bei Atemnot, Engegefühl, Husten:

Deine Peak-Flow-Werte liegen zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  
(80 - 100 % des persönlichen Bestwertes).

Die Farbe Grün sagt dir – wie eine grüne Ampel –, dass dein Asthma gut eingestellt ist.

Mit Hilfe der täglichen Dauermedikation werden die asthmatischen Beschwerden auf ein Minimum gesenkt und die Belastungen des Alltags gut bewältigt. Du wachst nachts nicht oder nur selten wegen Atemnot auf.

Deine Bedarfsmedikation brauchst du selten.



**Peak-Flow-Wert 50 bis 80 % des Bestwertes.  
Erhöhen Sie Ihre Medikamente wie angegeben  
(gelber Bereich):**

Vereinbaren Sie einen Arzttermin für die nächsten Tage!  
Messen Sie Ihre Peak-Flow-Werte 4-mal täglich!

1.

2.

3.

4.

Liegen die Peak-Flow-Werte zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  
(50 - 80 % des persönlichen Bestwertes), haben sich die bronchiale Entzündung und die Verkrampfungsbereitschaft verstärkt. Zunehmende Atemnot, Husten und Giemen sind die Folgen.

Die nächtlichen Beschwerden nehmen zu, das krampflösende Spray oder Pulver wird öfter gebraucht und scheint nicht mehr so gut zu wirken.

Die tägliche Dauermedikation reicht nicht mehr aus. Die Medikamente müssen für eine gewisse Zeit dem schlechteren Zustand angepasst werden. Ziel ist es, die Peak-Flow-Werte des grünen Bereiches wieder zu erreichen.



**Peak-Flow-Wert unter 50 %.  
Folgende Notfallmedikamente müssen Sie sofort einnehmen  
(roter Bereich):**

Rufen Sie einen Notarzt, wenn sich Ihr Zustand nicht rasch bessert.

Suchen Sie – auch bei Besserung – spätestens am nächsten Tag Ihren behandelnden Arzt auf.

1.

2.

3.

**Keine Besserung: Notarzt anrufen!**

Das Peak-Flow-Meter zeigt Werte unter \_\_\_\_\_  
(unter 50 % des persönlichen Bestwertes), trotz Inhalation.

- **Versuche, ruhig zu bleiben.**
- **Wende eine atemtechnische Hilfestellung an (Lippenbremse, Kutschersitz u. a.).**
- **Nimm sofort die Notfallmedikamente ein!**

Anzeichen eines gefährlichen Asthmaanfalles:

- Ständige Atemnot in Ruhe oder beim Sprechen.
- Plötzliche, starke Zunahme der Atemnot, die seit Tagen schon öfter zu spüren war.
- Unbeherrschbarer Husten mit zunehmendem Engegefühl.



„Wenn deine Atemnot so schlimm wird, dass du glaubst, einen Asthma-Anfall zu bekommen, musst du schnell reagieren.“

## → Die ersten Anzeichen

- Du hast starke Atemnot beim Sprechen, aber auch, wenn du ganz ruhig sitzt.
- Du hast seit einigen Tagen immer wieder plötzlich Atemnot oder es pfeift beim Atmen.
- Der Husten kommt häufig und sitzt richtig fest, deine Brust fühlt sich wie zugeschnürt an.

## → Was tun?

- Versuche ganz ruhig zu bleiben.
- Miss deinen Peak-Flow-Wert.



Dein Peak-Flow-Wert liegt **zwischen 50 und 80%** deines Bestwertes. Du kannst noch normal sprechen.



- Inhaliere \_\_\_ Hübe deines Bedarfsmedikamentes.\*
- Atme mit der Lippenbremse und nimm eine atemerleichternde Stellung (z.B. Kutschersitz) ein.

Dein Peak-Flow-Wert liegt **unter 50%** deines Bestwertes. Du bist kurzatmig und kannst kaum sprechen.



## → Falls nach 10 Minuten keine Besserung eingetreten ist:

- Inhaliere erneut \_\_\_ Hübe deines Bedarfmedikamentes.\*
- Nimm ggf. \_\_\_ Kortison-Tablette(n) ein.\*
- Verständige deine Eltern, einen Lehrer oder Freund.
- Inhaliere erneut \_\_\_ Hübe deines Bedarfmedikamentes.\*
- Nimm ggf. \_\_\_ Kortison-Tablette(n) ein.\*

## → Bitte jemanden einen Notarzt zu rufen, wenn sich dein Zustand nicht verbessert (Telefon 112)

\*Spreche die Medikamente und Dosierungen mit deinen Eltern beim Arzt ab.



ORION Pharma GmbH

Jürgen-Töpfer-Str. 46 • 22763 Hamburg  
Fon 040-899689-0  
info-hamburg@orionpharma.com  
www.orionpharma.de  
www.easyhaler.de