

# COPD - Tagebuch

Protokoll für meine Peak-Flow-Werte

# Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Im Notfall benachrichtigen:

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Hausarzt

Facharzt

Stempel

Stempel

Einzunehmende Medikamente aufgrund anderer Erkrankungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Tagebuch soll Ihnen dabei helfen, besser mit Ihrer Krankheit zu leben und Ihre Therapie eigenverantwortlich optimal zu gestalten.

Damit Sie im Umgang mit Ihrer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sicherer werden und eine bessere Übersicht über den Krankheitsverlauf erhalten, messen Sie bitte regelmäßig Ihre Lungenfunktion mit einem Peak-Flow-Meter. Hierbei handelt es sich um ein digitales oder mechanisches Gerät, das die maximale Strömungsgeschwindigkeit während des Ausatmens (in Liter pro Minute) misst. Die Werte tragen Sie bitte täglich ins COPD-Protokoll (ab Seite 16) ein.

Für einen eigenverantwortlichen Umgang mit COPD, ist es wichtig, dass Sie Ihre Peak-Flow-Werte regelmäßig messen. Mit Ihrer Hilfe können Sie subjektiv empfundene Symptome leichter selbst kontrollieren und so Ihre Lebensqualität steigern. Eine Exazerbation wird früher erkennbar. Sie können schneller reagieren.

Ihrem Arzt helfen die Werte bei der Einschätzung, ob eine Anpassung der Therapie notwendig ist. Deshalb sollten Sie dieses Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitbringen.

Viel Erfolg wünscht Ihnen  
Ihre Orion Pharma GmbH

Diagnose \_\_\_\_\_

bekannt seit (Datum) \_\_\_\_\_

Emphysem  ja  nein

Rechtsherz-  
insuffizienz  ja  nein

Langzeit-Sauer-  
stofftherapie  ja  I/Min.  Std./Tag  nein

Heimbeatmung  ja  nein

Schlafapnoe  ja  nein

Zuckerkrankheit  ja  nein  
Insulin:  ja  nein

Bluthochdruck  ja  nein

Herzinfarkt  ja  nein

Arterielle  
Verschluss-  
krankheit  ja  nein  
Schlaganfall:  ja  nein

Blutverdünnung  ja  nein  
 Marcumar  
 ASS  
 Andere: \_\_\_\_\_

Weitere Erkrankungen \_\_\_\_\_

Raucher  ja  Zigaretten pro Tag seit  Jahren  
 nein  
 Ex-Raucher seit:

Wichtige Allergien/schwere Unverträglichkeiten

- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Antibiotika
- Andere: \_\_\_\_\_

Peak-Flow  Persönlicher Bestwert  I/Min.

COPD-Schulung

durchgeführt am: (Datum) \_\_\_\_\_

Die Ergebnisse der entsprechenden Untersuchungen können Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt hier eintragen.

| Datum der Untersuchung      |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| VC (l) % Soll               |  |  |  |  |
| FEV <sub>1</sub> (l) % Soll |  |  |  |  |
| FEV <sub>1</sub> / VC       |  |  |  |  |
| Rt                          |  |  |  |  |
| IGV % Soll                  |  |  |  |  |
| pO <sub>2</sub>             |  |  |  |  |
| pCO <sub>2</sub>            |  |  |  |  |
| Theophyllin-<br>spiegel     |  |  |  |  |
| COPD-<br>Medikation         |  |  |  |  |
|                             |  |  |  |  |
|                             |  |  |  |  |

## Was bedeuten die einzelnen Begriffe?

- VC Vitalkapazität**  
Luftmenge, die nach maximaler Einatmung maximal wieder ausgeatmet werden kann.
- FEV<sub>1</sub> Forcierte expiratorische Einsekundenkapazität**  
Luftmenge, die nach maximaler Einatmung innerhalb einer Sekunde wieder ausgeatmet werden kann.
- Rt Gesamtemwegswiderstand**  
Strömungswiderstand während der Atmung.
- IGV Intrathorakales Gasvolumen**  
Luftmenge, die nach der normalen Ausatmung in der Lunge verbleibt.
- pO<sub>2</sub> Sauerstoff-Partialdruck**  
Zeigt, ob der Sauerstoffgehalt in der Lunge hoch genug ist, um ins Blut zu gelangen.
- pCO<sub>2</sub> Kohlendioxid-Partialdruck**  
Zeigt, ob der Kohlendioxidgehalt in der ausgeatmeten Luft hoch genug ist.

In diesem COPD-Tagebuch sind drei Hilfsmittel enthalten, mit denen es Ihnen leichter fällt, Ihre Krankheit zu kontrollieren.

## ① Peak-Flow-Messung

Messen Sie täglich Ihre Peak-Flow-Werte, um Ihre Lungenfunktion zu prüfen.

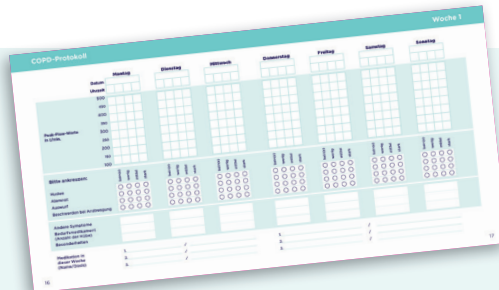
Weitere Infos: Seite 10/11



## ② COPD-Protokoll

Tragen Sie Ihre Werte für eine bessere Übersicht in das COPD-Protokoll ein.

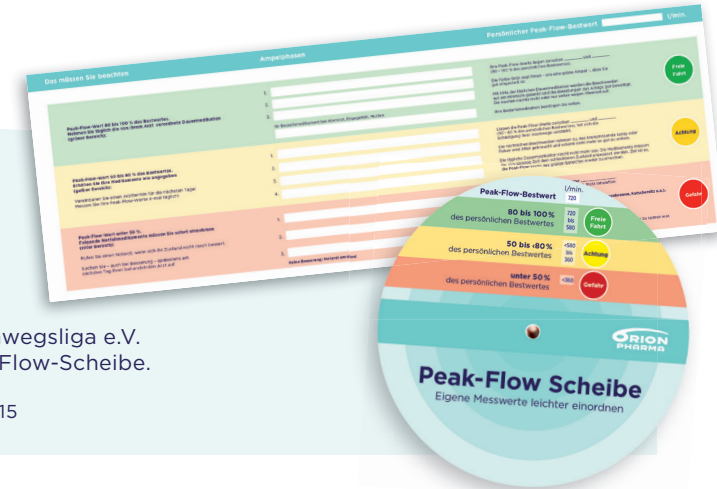
Ausführliche Anleitung: Seite 12/13  
Protokolle ab Seite 16/17



## ③ Ampelschema

Interpretieren Sie Ihre Werte mithilfe des Ampelschemas der Deutschen Atemwegsliga e.V. oder mit einer Peak-Flow-Scheibe.

Weitere Infos: Seite 14/15



## Die richtige Peak-Flow-Messung

Mithilfe des Peak-Flow-Meters können Sie ganz leicht selbst Ihre Lungenfunktion messen. Hohe Peak-Flow-Werte zeigen dabei eine gute Lungenfunktion an. Eine Verengung der Bronchien führt hingegen zu niedrigen Messwerten.



**Manuelles  
Peak-Flow-Meter**

Das digitale Peak-Flow-Meter misst die Werte in der Regel genauer und hat einen Speicher. Angeschlossen an einen PC kann mithilfe einer speziellen Software der Verlauf Ihrer COPD grafisch dargestellt werden.

**Digitales  
Peak-Flow-Meter**



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

- Zeiger vor der Messung 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 COPD-Protokoll eintragen

Digitale Geräte unterscheiden sich in ihren Funktionen voneinander. Deshalb sollten Sie vor der Messung die Herstellerhinweise gründlich lesen.

## Häufige Fehler

Um sichere und zutreffende Werte zu erhalten, sollten Sie folgende Fehler bei der Peak-Flow-Messung vermeiden:

- Zu schwacher Atemstoß
- Ins Gerät husten
- Finger behindern den Zeiger (bei mechanischen Geräten)
- Auslassdüsen werden durch Finger verdeckt

## Was trage ich in das COPD-Protokoll ein?

- ① Obere Spalte: Datum und Uhrzeit der jeweiligen Messung.  
-> Wir empfehlen mindestens 2-mal täglich zur gleichen Uhrzeit zu messen.  
Bei starken Beschwerden und Atemnot sollten Sie unbedingt eine zusätzliche Messung durchführen.
- ② Tabelle: Kreuzen Sie den gemessenen Peak-Flow-Wert möglichst genau an.
- ③ Zusatzfragen: Bewerten Sie die Stärke Ihrer COPD-Symptome.

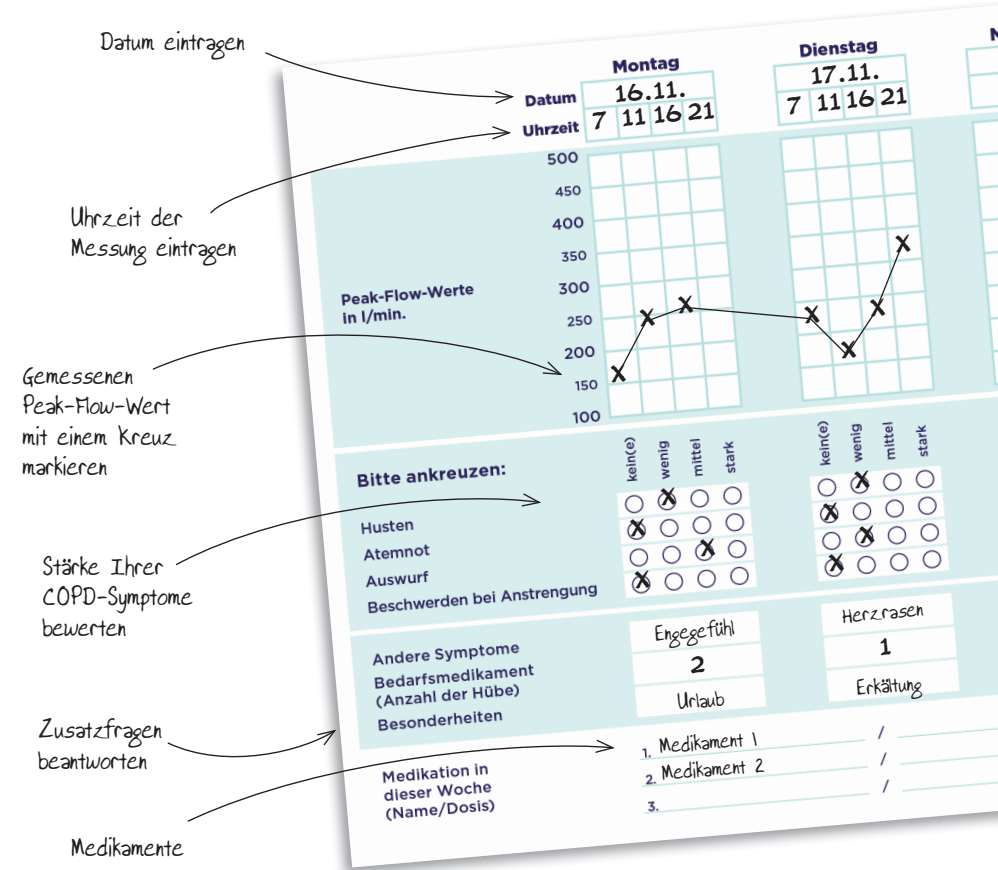
Am Ende der Woche tragen Sie Ihre Medikation in die untere Spalte ein und verbinden die Kreuze miteinander. So können Sie den Verlauf Ihrer Krankheit leichter beobachten.

### Persönlicher Peak-Flow-Bestwert

Unter Berücksichtigung Ihres persönlichen Peak-Flow-Bestwertes können Sie Ihre täglichen Messwerte interpretieren (siehe nächste Seite).

Der Bestwert lässt sich nur unter optimaler medikamentöser Therapie und in einer stabilen Krankheitsphase eindeutig bestimmen.

Messen Sie 14 Tage lang 3-mal täglich Ihren Peak-Flow-Wert und notieren Sie die Ergebnisse. Ihr Bestwert entspricht dem höchsten Wert all Ihrer Messungen.



## Interpretation der Peak-Flow-Werte

Auf der letzten Seite dieses Tagebuches finden Sie das **Ampelschema** der Deutschen Atemwegsliga e. V. Es hilft Ihnen dabei, Ihre Peak-Flow-Werte zu interpretieren und Ihre Krankheit besser einzuschätzen.

Gemeinsam mit Ihrem behandelnden Arzt können Sie die auf Sie zutreffenden Informationen in das Schema eintragen.

Bei akuten Beschwerden hilft Ihnen das Ampelschema dabei, zu entscheiden, ob ein sofortiger Handlungsbedarf besteht. Bei einer wöchentlichen Interpretation hilft es Ihnen, den Verlauf der COPD zu bewerten.

**Niedrige/fallende Werte** deuten auf eine Verschlechterung hin: Die Atemwege werden enger, die Stabilität der Atemwege verschlechtert sich. Sie sollten einen Arzt kontaktieren.

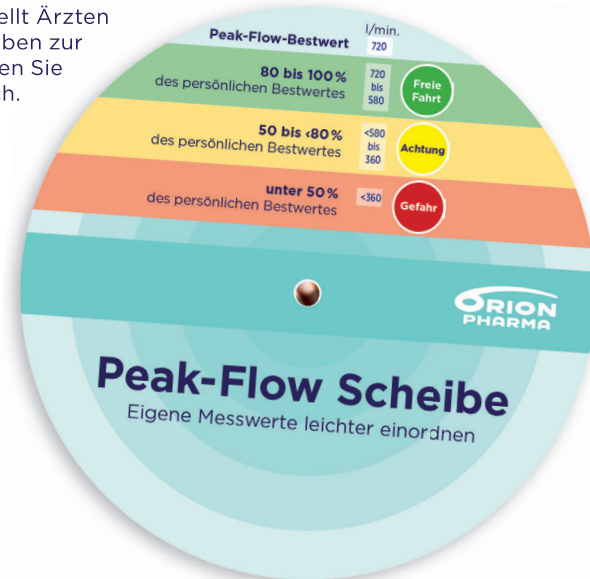
**Stabile/steigende Werte** deuten darauf hin, dass Sie Ihre Krankheit unter Kontrolle haben: Nehmen Sie weiter regelmäßig Ihre Medikamente.

## Die Peak-Flow-Scheibe hilft

Noch einfacher ist die Interpretation mit der Peak-Flow-Scheibe:

1. Eigene Peak-Flow-Bestwert oben im weißen Feld einstellen
2. Zutreffende Ampelphase anhand der aktuellen Messung ablesen
3. Ergebnis auf der Rückseite der Peak-Flow-Scheibe ablesen oder wie gewohnt auf der letzten Seite in diesem COPD-Tagebuch nachschlagen

Orion Pharma stellt Ärzten Peak-Flow-Scheiben zur Verfügung. Fragen Sie Ihren Arzt danach.



Orion Pharma

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

Die Farbe Grün sagt Ihnen - wie eine grüne Ampel -, dass Sie gut eingestellt ist.

Mit Hilfe der täglichen Dauermedikation werden die Beschwerden auf ein Minimum gesenkt und die Belastungen des Alltags gut bewältigt. Sie wachen nachts nicht oder nur selten wegen Atemnot auf. Ihre Bedarfsmedikation benötigen Sie selten.

Liegen die Peak-Flow-Werte zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ (50 - 80 % des persönlichen Bestwertes), hat sich die Schädigung Ihrer Atemwege verstärkt.

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 \_\_\_\_\_ (unter 50 % des persönlichen Bestwertes), trotz Inhalation.

Freie Fahrt

Achtung

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

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

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

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

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

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

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

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

Ordnung der Dauermedikation

Ordnung der Bedarfsmedikation bei Atemnot, Engegefühl, Husten:

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

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

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

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

Ordnung der Bedarfsmedikation bei Atemnot, Engegefühl, Husten:

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

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

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

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

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|   | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>                            | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| <b>Uhrzeit</b>                          | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>        | 500   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 450   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 400   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 350   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 300   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 250   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 200   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 150   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 100   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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 Symptome                         | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)     | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Besonderheiten                          | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Medikation in dieser Woche (Name/Dosis) | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |   |   | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |   |   |   |
|   | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |   |   | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |   |   |   |
|   | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |   |   | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |   |   |   |

|  | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>               | 500   |   |   |   |   |   |   |
|  | 450   |   |   |   |   |   |   |
|  | 400   |   |   |   |   |   |   |
|  | 350   |   |   |   |   |   |   |
|  | 300   |   |   |   |   |   |   |
|  | 250   |   |   |   |   |   |   |
|  | 200   |   |   |   |   |   |   |
|  | 150   |   |   |   |   |   |   |
|  | 100   |   |   |   |   |   |   |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/> |
| <b>Andere Symptome</b>                         |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)</b>     |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Besonderheiten</b>                          |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Medikation in dieser Woche (Name/Dosis)</b> | 1. _____ / _____  |   |   | 1. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 2. _____ / _____  |   |   | 2. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 3. _____ / _____  |   |   | 3. _____ / _____  |   |   |   |

|   | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>                                |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>          | 500   |   |   |   |   |   |   |
|   | 450   |   |   |   |   |   |   |
|   | 400   |   |   |   |   |   |   |
|   | 350   |   |   |   |   |   |   |
|   | 300   |   |   |   |   |   |   |
|   | 250   |   |   |   |   |   |   |
|   | 200   |   |   |   |   |   |   |
|   | 150   |   |   |   |   |   |   |
|   | 100   |   |   |   |   |   |   |
|   | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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 Symptome                               |   |   |   |   |   |   |   |
| Bedarfsmedikament<br>(Anzahl der Hübe)        |   |   |   |   |   |   |   |
| Besonderheiten                                |   |   |   |   |   |   |   |
| Medikation in<br>dieser Woche<br>(Name/Dosis) | 1. _____ / _____<br>2. _____ / _____<br>3. _____ / _____                                |   |   | 1. _____ / _____<br>2. _____ / _____<br>3. _____ / _____                                |   |   |   |

|  | Montag                  | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                          | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b> | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> | /                                   | <input type="text"/>                | 1. <input type="text"/>             | /                                   | <input type="text"/>                | 1. <input type="text"/>             |
|  | 2. <input type="text"/> | /                                   | <input type="text"/>                | 2. <input type="text"/>             | /                                   | <input type="text"/>                | 2. <input type="text"/>             |
|  | 3. <input type="text"/> | /                                   | <input type="text"/>                | 3. <input type="text"/>             | /                                   | <input type="text"/>                | 3. <input type="text"/>             |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|   | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>                                  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| <b>Uhrzeit</b>                                | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>          | 500   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 450   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 400   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 350   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 300   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 250   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 200   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 150   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | 100   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|   | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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 Symptome                               | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Bedarfsmedikament<br>(Anzahl der Hübe)        | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Besonderheiten                                | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Medikation in<br>dieser Woche<br>(Name/Dosis) | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |
|   | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |
|   | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/>  |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>                                   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>               | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)</b>     | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                          | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in dieser Woche (Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag   | Dienstag                                       | Mittwoch                                       | Donnerstag                                     | Freitag  | Samstag  | Sonntag  |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 450  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 400  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 350  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 300  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 250  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 200  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 150  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 100  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |

|   | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>                            |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>                          |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>        | 500   |   |   |   |   |   |   |
|   | 450   |   |   |   |   |   |   |
|   | 400   |   |   |   |   |   |   |
|   | 350   |   |   |   |   |   |   |
|   | 300   |   |   |   |   |   |   |
|   | 250   |   |   |   |   |   |   |
|   | 200   |   |   |   |   |   |   |
|   | 150   |   |   |   |   |   |   |
|   | 100   |   |   |   |   |   |   |
|   | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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 Symptome                         |   |   |   |   |   |   |   |
| Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)     |   |   |   |   |   |   |   |
| Besonderheiten                          |   |   |   |   |   |   |   |
| Medikation in dieser Woche (Name/Dosis) | 1. _____ / _____  |   |   |   |   |   |   |
|   | 2. _____ / _____  |   |   |   |   |   |   |
|   | 3. _____ / _____  |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   | 1. _____ / _____  |   |   |   |
|   |   |   |   | 2. _____ / _____  |   |   |   |
|   |   |   |   | 3. _____ / _____  |   |   |   |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |                                     |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>                                   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
| <b>Uhrzeit</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>               | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/>               |
| 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"/>               |
| 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"/>               |
| 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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
| <b>Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)</b>     | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
| <b>Besonderheiten</b>                          | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |                                     |
| <b>Medikation in dieser Woche (Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |

|   | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>                            |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>                          |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>        | 500   |   |   |   |   |   |   |
|   | 450   |   |   |   |   |   |   |
|   | 400   |   |   |   |   |   |   |
|   | 350   |   |   |   |   |   |   |
|   | 300   |   |   |   |   |   |   |
|   | 250   |   |   |   |   |   |   |
|   | 200   |   |   |   |   |   |   |
|   | 150   |   |   |   |   |   |   |
|   | 100   |   |   |   |   |   |   |
|   | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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 Symptome                         |   |   |   |   |   |   |   |
| Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)     |   |   |   |   |   |   |   |
| Besonderheiten                          |   |   |   |   |   |   |   |
| Medikation in dieser Woche (Name/Dosis) | 1. _____ / _____  |   |   |   |   |   |   |
|   | 2. _____ / _____  |   |   |   |   |   |   |
|   | 3. _____ / _____  |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   | 1. _____ / _____  |   |   |   |
|   |   |   |   | 2. _____ / _____  |   |   |   |
|   |   |   |   | 3. _____ / _____  |   |   |   |

|  | Montag   | Dienstag                                       | Mittwoch                                       | Donnerstag                                     | Freitag  | Samstag  | Sonntag  |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 450  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 400  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 350  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 300  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 250  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 200  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 150  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 100  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                           |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |

|  | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500   |   |   |   |   |   |   |
|  | 450   |   |   |   |   |   |   |
|  | 400   |   |   |   |   |   |   |
|  | 350   |   |   |   |   |   |   |
|  | 300   |   |   |   |   |   |   |
|  | 250   |   |   |   |   |   |   |
|  | 200   |   |   |   |   |   |   |
|  | 150   |   |   |   |   |   |   |
|  | 100   |   |   |   |   |   |   |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/> |
| <b>Andere Symptome</b>                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Besonderheiten</b>                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. _____ / _____  |   |   | 1. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 2. _____ / _____  |   |   | 2. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 3. _____ / _____  |   |   | 3. _____ / _____  |   |   |   |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>                                   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>               | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)</b>     | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                          | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in dieser Woche (Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500   |   |   |   |   |   |   |
|  | 450   |   |   |   |   |   |   |
|  | 400   |   |   |   |   |   |   |
|  | 350   |   |   |   |   |   |   |
|  | 300   |   |   |   |   |   |   |
|  | 250   |   |   |   |   |   |   |
|  | 200   |   |   |   |   |   |   |
|  | 150   |   |   |   |   |   |   |
|  | 100   |   |   |   |   |   |   |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/> |
| <b>Andere Symptome</b>                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Besonderheiten</b>                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. _____ / _____  |   |   | 1. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 2. _____ / _____  |   |   | 2. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 3. _____ / _____  |   |   | 3. _____ / _____  |   |   |   |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          |                                     |                                     |                                     |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          |                                     |                                     |                                     |
| Auswurf  | <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"/>                          |                                     |                                     |                                     |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>               | 500   |   |   |   |   |   |   |
|  | 450   |   |   |   |   |   |   |
|  | 400   |   |   |   |   |   |   |
|  | 350   |   |   |   |   |   |   |
|  | 300   |   |   |   |   |   |   |
|  | 250   |   |   |   |   |   |   |
|  | 200   |   |   |   |   |   |   |
|  | 150   |   |   |   |   |   |   |
|  | 100   |   |   |   |   |   |   |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/> |
| <b>Andere Symptome</b>                         |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)</b>     |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Besonderheiten</b>                          |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Medikation in dieser Woche (Name/Dosis)</b> | 1. _____ / _____  |   |   | 1. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 2. _____ / _____  |   |   | 2. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 3. _____ / _____  |   |   | 3. _____ / _____  |   |   |   |

|  | Montag   | Dienstag                            | Mittwoch                            | Donnerstag                                     | Freitag                             | Samstag                             | Sonntag                             |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Datum</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Uhrzeit</b>   | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 450  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 400  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 350  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 300  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 250  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 200  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 150  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | 100  | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>                        | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark            | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark |
| Husten   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Atemnot  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>               |
| Auswurf  | <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"/>               |
| <b>Andere Symptome</b>                                 | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Besonderheiten</b>                                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 1. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 2. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |
|  | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     | 3. <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                     |                                     |                                     |

|  | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte in l/min.</b>               | 500   |   |   |   |   |   |   |
|  | 450   |   |   |   |   |   |   |
|  | 400   |   |   |   |   |   |   |
|  | 350   |   |   |   |   |   |   |
|  | 300   |   |   |   |   |   |   |
|  | 250   |   |   |   |   |   |   |
|  | 200   |   |   |   |   |   |   |
|  | 150   |   |   |   |   |   |   |
|  | 100   |   |   |   |   |   |   |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/> |
| <b>Andere Symptome</b>                         |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Bedarfsmedikament (Anzahl der Hübe)</b>     |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Besonderheiten</b>                          |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Medikation in dieser Woche (Name/Dosis)</b> | 1. _____ / _____  |   |   | 1. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 2. _____ / _____  |   |   | 2. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 3. _____ / _____  |   |   | 3. _____ / _____  |   |   |   |

|  | Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag   | Samstag   | Sonntag   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Datum</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Uhrzeit</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Peak-Flow-Werte<br/>in l/min.</b>                   | 500   |   |   |   |   |   |   |
|  | 450   |   |   |   |   |   |   |
|  | 400   |   |   |   |   |   |   |
|  | 350   |   |   |   |   |   |   |
|  | 300   |   |   |   |   |   |   |
|  | 250   |   |   |   |   |   |   |
|  | 200   |   |   |   |   |   |   |
|  | 150   |   |   |   |   |   |   |
|  | 100   |   |   |   |   |   |   |
|  | <b>Bitte ankreuzen:</b>   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>stark   | kein(e)<br>wenig<br>mittel<br>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"/> |
| <b>Andere Symptome</b>                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Bedarfsmedikament<br/>(Anzahl der Hübe)</b>         |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Besonderheiten</b>                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Medikation in<br/>dieser Woche<br/>(Name/Dosis)</b> | 1. _____ / _____  |   |   | 1. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 2. _____ / _____  |   |   | 2. _____ / _____  |   |   |   |
|  | 3. _____ / _____  |   |   | 3. _____ / _____  |   |   |   |

Bei schwerer Atemnot oder einer akuten Verschlimmerung Ihrer Symptome, der sogenannten Exazerbation, ist es besonders wichtig, schnell zu reagieren.

**Ursachen hierfür können Infektionen, Herzerkrankungen, eine Lungenentzündung, die Inhalation reizender Stoffe sowie Nebenwirkungen oder eine unregelmäßige Anwendung von Medikamenten sein.**

Sobald sich eines oder mehrere der unten aufgeführten Warnsymptome über einen Zeitraum von mehr als zwei Tagen zeigt, sollten Sie Ihren Arzt aufsuchen.

## 7 Warnsymptome einer Exazerbation

- 1 Spürbar verstärkte Luftnot, auch in Ruhe
- 2 Verstärkte Hustenaktivität
- 3 Vermehrte Schleimbildung in den Atemwegen mit gelb-grünem, eitrigem Auswurf
- 4 Giemen (pfeifendes Atemgeräusch)
- 5 Abnahme der Peak-Flow-Werte
- 6 Erhöhter Verbrauch von Notfall-Spray
- 7 Gelegentlich Fieber und ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl

## Mögliche Folgebehandlung

- Dosiserhöhung der bronchienerweiternden Medikamente (Betamimetika Anticholinergika, Theophyllin)
- Ursachenbehandlung mit Antibiotika, insbesondere bei gelb-grünem und vermehrtem Auswurf infolge einer bakteriellen Atemwegsinfektion (die korrekte Einnahme der Antibiotika ist in diesem Fall besonders wichtig)
- Falls erforderlich Kortison-tabletten über 1 bis 2 Wochen
- Falls erforderlich Sauerstofftherapie

## Mögliche Konsequenzen

- Überprüfen der Langzeittherapie
- Steigerung körperlicher Aktivität durch Bewegung
- Ausgleich von Über- bzw. Untergewicht
- Schutzimpfungen
- Gesunden Lebensstil einhalten

**Kompletter Verzicht auf Zigaretten und Tabakrauch**

**Peak-Flow-Wert 80 bis 100 % des Bestwertes.  
Nehmen Sie täglich die von Ihrem Arzt verordnete Dauermedikation (grüner Bereich):**

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

**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.

Ihr Bedarfsmedikament bei Atemnot, Engegefühl, Husten:

1.

2.

3.

4.

1.

2.

3.

**Keine Besserung: Notarzt anrufen!**

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

Die Farbe Grün sagt Ihnen – wie eine grüne Ampel –, dass Sie gut eingestellt ist.

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

Ihre Bedarfsmedikation benötigen Sie selten.

Liegen die Peak-Flow-Werte zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ (50 - 80 % des persönlichen Bestwertes), hat sich die Schädigung Ihrer Atemwege verstärkt.

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 \_\_\_\_\_ (unter 50 % des persönlichen Bestwertes), trotz Inhalation.

- **Versuchen Sie, ruhig zu bleiben.**
- **Wenden Sie atemtechnische Hilfestellungen an (Lippenbremse, Kutschersitz u.a.).**
- **Nehmen Sie sofort die Notfallmedikamente ein!**

Anzeichen eines gefährlichen Anfalles:

- 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 Sie die ersten Anzeichen eines drohenden Anfalls an sich beobachten, ist es wichtig schnell und richtig zu reagieren.

## → Die ersten Anzeichen

- Permanente Atemnot in Ruhe und beim Sprechen
- Plötzlich zunehmende Atemnot, die sich bereits seit Tagen angekündigt hat
- Zunehmender Husten und Engegefühl in der Brust

## → Was tun?

- Bleiben Sie ruhig.
- Messen Sie Ihren Peak-Flow-Wert.

Ihr Peak-Flow-Wert liegt **zwischen 50 und 80% Ihres Bestwertes**. Sie können noch normal sprechen.

Ihr Peak-Flow-Wert liegt **unter 50% Ihres Bestwertes**. Sie sind kurzatmig und können kaum sprechen.



- Inhalieren Sie \_\_\_ Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes.\*
- Wenden Sie die Lippenbremse an und nehmen Sie eine atemerleichternde Stellung (z.B. Kutschersitz) ein.

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

- Inhalieren Sie erneut \_\_\_ Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes.\*
- Nehmen Sie \_\_\_ Kortison-Tablette(n) ein.\*

- Inhalieren Sie erneut \_\_\_ Hübe Ihres Bedarfsmedikamentes.\*
- Nehmen Sie \_\_\_ Kortison-Tablette(n) ein.\*

**→ Bitte rufen Sie einen Notarzt, wenn sich Ihr Zustand nicht verbessert (Telefon 112)**

\*Medikamente und Dosierungen vereinbaren Sie mit Ihrem Arzt.

Weitere Informationen für COPD-Patienten finden Sie im Internet unter:

[www.easyhaler.de](http://www.easyhaler.de)



**ORION Pharma GmbH**

Jürgen-Töpfer-Str. 46 • 22763 Hamburg

Fon 040-899689-0

info-hamburg@orionpharma.com

www.orionpharma.de

www.easyhaler.de