

# Dein Asthma-Tagebuch



# Hallo,

ich bin Emil und habe genau wie Du Asthma. Und das leider ziemlich doll. Wie Du ja vielleicht schon weißt, muss man für eine gute Behandlung genau aufschreiben, wie es einem jeden Tag geht. Das funktioniert am besten mit einem Asthma-Tagebuch. Keine Angst, das ist ganz einfach und macht auch Spaß. Mach es einfach wie ich, immer morgens und abends die Werte eintragen. Dein Arzt weiß dann auch noch besser, wie die Medikamente helfen, die er Dir verschrieben hat.

Also, trage fleißig Deine Werte ein und vergiss nicht, das Tagebuch zum Arzt mitzubringen.

Alles Gute wünscht Dir  
Dein Emil



## Das solltest Du jeden Morgen und Abend in das Tagebuch eintragen:

- Miss morgens und abends Deinen Peak-Flow-Wert und kreuze den Wert in der Tabelle an.
- Wenn Du Hustenanfälle oder Atemnot hast, trage das bitte ein. Bewerte Deine Symptome von 0 (kein Husten/keine Atemnot) bis 3 (starker Husten/starke Atemnot).
- Wichtig ist auch aufzuschreiben, ob Du nachts aufgewacht bist und Dein Notfallspray zusätzlich einnehmen musstest.
- Zu den Besonderheiten, die Du bitte auch einträgst, gehört z. B. ein Asthma-Anfall, Einschränkungen bei Deinen Tätigkeiten und ggf. Ausfalltage in der Schule.
- Am Ende jeder Woche gibt es noch einmal eine Zusammenfassung. Dafür findest Du im Heft Sticker, mit denen Du die Woche bewerten kannst.

Mir ging es gut



Mir ging es nicht so gut



Mir ging es schlecht



- Nach jeweils 4 Wochen wird dann zur Überprüfung der Asthma-Kontrolle noch einmal der Asthmakontrolltest durchgeführt.

Alles klar? Wenn Du Fragen hast, bitte Deine Eltern um Hilfe oder frag noch einmal genau Deinen Arzt.



# Deine persönlichen Daten

**Name:**

**Anschrift:**

**Eltern/Erziehungsberechtigte:**

**Mutter:** Name

Tel.

**Vater:** Name

Tel.

**Behandelnder Arzt:**

Name

Tel. Praxis

**Asthma-Auslöser:**

**Peak-Flow-Normalwert:**

l/min

**Dauermedikamente:**

**Notfallmedikamente:**

**Notrufnummer: 112**

## So funktioniert ein Peak-Flow-Meter

Das Peak-Flow-Meter (ausgesprochen piek flo) ist Dein Messgerät, mit dem Du allein Deine Lungenfunktion überprüfen kannst. Ich erkläre Dir noch einmal, wie Du es richtig benutzt:

- 1 Der Zeiger des Gerätes muss bis zum Anschlag nach unten geschoben werden.
- 2 Dann atme tief ein.
- 3 Umschließ das Mundstück fest mit den Lippen.
- 4 Puste so fest wie möglich in einem Atemstoß in das Peak-Flow-Meter hinein.
- 5 Wiederhole den Vorgang dreimal und trage dann den besten Wert in das Protokoll ein.
- 6 Denk daran: immer morgens und abends zur gleichen Zeit messen.



## Asthmakontrolltest – den solltest Du alle 4 Wochen machen

Bevor ich es vergesse, erkläre ich Dir noch, wie der Asthmakontrolltest (ACT™) gemacht wird, der alle 4 Wochen im Tagebuch abgebildet ist:

- 1 Du musst nach 4 Wochen 4 Fragen und Deine Eltern 3 Fragen beantworten.
- 2 Zu den Antworten gehören jeweils entsprechende Punktzahlen, die dann am Ende zusammengerechnet werden müssen.
- 3 Der Wert aus Deinen Antworten und den Antworten Deiner Eltern sagt Dir dann, wie gut oder schlecht Dein Asthma eingestellt ist. (Mein Wert ist gerade 27 und das heißt, ich habe alles im Griff. Du hoffentlich auch!)

27	<i>Alles bestens, kein Termin beim Arzt notwendig</i>
>20	<i>Ist zwar gut, aber Du solltest mal wieder den Arzt aufsuchen</i>
<19	<i>Ist nicht gut, unbedingt mit den Eltern zum Arzt gehen</i>

# So füllst Du Deine Wochen aus

Deinen Peak-Flow misst Du morgens und abends und kreuzt den Wert hier an.

Trag hier das Datum ein.

## Woche 1

	Montag		Dienstag		Mittwoch	
Datum	08.01.		09.01.		10.01.	
Zeit	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
Peak-Flow-Werte in l/min	300					
	280	x				
	260					
	240		x	x		
	220					
	200				x	
	180					
	160					
	140					
	120					
	60					
Husten (0-3)*	0		2		2	
Atemnot (0-3)*	0		2		1	
Erwachen nachts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Notfallspray	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten	Bei Lenny bekam ich keine Luft mehr			Krank zu Hause		



\* 0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark







**Donnerstag****Freitag****Samstag****Sonntag**

Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends


Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Wie war Deine Woche?**

Kleb hier Deinen Sticker ein





# Woche 3

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min

300					
280					
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts

Notfallspray

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark



# Woche 4

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

Peak-Flow-Werte in l/min

300  
280  
260  
240  
220  
200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60

Montag		Dienstag		Mittwoch	
morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends


Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts  
Notfallspray

Besonderheiten

Montag		Dienstag		Mittwoch	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark





Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends


<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wie war Deine Woche?

Kleb hier Deinen Sticker ein

# Asthmakontrolltest ACT™\*

## 4 Fragen an Dich, wie die letzten 4 Wochen waren:

1 Spürst Du heute Dein Asthma?

Sehr stark	Stark	Ein wenig	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

2 Stört Dich Dein Asthma, wenn Du Sport treibst oder Dich körperlich anstrengst?

Stört sehr und nervt mich	Stört manchmal, dann nervt es mich	Stört manchmal, ist aber o. k.	Stört gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

3 Musst Du wegen Deines Asthmas husten?

Ständig	Oft	Nur manchmal	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

4 Wachst Du wegen Deines Asthmas in der Nacht auf?

Immer	Oft	Nur manchmal	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

\* mod. © www.lungenaerzte-im-netz.de.

### 3 Fragen an Deine Eltern, wie sie die letzten 4 Wochen einschätzen:

5 Wie oft (rückblickend) hatte Ihr Kind Asthma-Beschwerden?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

6 Wie oft haben Sie bei Ihrem Kind pfeifende Atmung beobachtet?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

7 Wie oft ist Ihr Kind in der Nacht wegen Asthma-Beschwerden aufgewacht?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

<b>Gesamtsumme</b>	<b>Punkte:</b>

# Woche 5

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min

300					
280					
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts

Notfallspray

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark

**Donnerstag****Freitag****Samstag****Sonntag**

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends


<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Wie war Deine Woche?**

Kleb hier Deinen Sticker ein





# Woche 7

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min

300					
280					
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts

Notfallspray

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark









# Asthmakontrolltest ACT™\*

## 4 Fragen an Dich, wie die letzten 4 Wochen waren:

1 Spürst Du heute Dein Asthma?

Sehr stark	Stark	Ein wenig	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

2 Stört Dich Dein Asthma, wenn Du Sport treibst oder Dich körperlich anstrengst?

Stört sehr und nervt mich	Stört manchmal, dann nervt es mich	Stört manchmal, ist aber o. k.	Stört gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

3 Musst Du wegen Deines Asthmas husten?

Ständig	Oft	Nur manchmal	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

4 Wachst Du wegen Deines Asthmas in der Nacht auf?

Immer	Oft	Nur manchmal	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

\* mod. © www.lungenaerzte-im-netz.de.

### 3 Fragen an Deine Eltern, wie sie die letzten 4 Wochen einschätzen:

5 Wie oft (rückblickend) hatte Ihr Kind Asthma-Beschwerden?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

6 Wie oft haben Sie bei Ihrem Kind pfeifende Atmung beobachtet?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

7 Wie oft ist Ihr Kind in der Nacht wegen Asthma-Beschwerden aufgewacht?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

<b>Gesamtsumme</b>	<b>Punkte:</b>

# Woche 9

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min



300					
280					
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts

Notfallspray

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark







Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends


<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wie war Deine Woche?

Kleb hier Deinen Sticker ein

# Woche 11

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

Peak-Flow-Werte in l/min

300  
280  
260  
240  
220  
200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends


Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts

Notfallspray

Besonderheiten

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark



**Donnerstag****Freitag****Samstag****Sonntag**

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends


<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Wie war Deine Woche?**

Kleb hier Deinen Sticker ein

# Woche 12

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min



300					
280					
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts  
Notfallspray

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark



# Asthmakontrolltest ACT™\*

## 4 Fragen an Dich, wie die letzten 4 Wochen waren:

1 Spürst Du heute Dein Asthma?

Sehr stark	Stark	Ein wenig	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

2 Stört Dich Dein Asthma, wenn Du Sport treibst oder Dich körperlich anstrengst?

Stört sehr und nervt mich	Stört manchmal, dann nervt es mich	Stört manchmal, ist aber o. k.	Stört gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

3 Musst Du wegen Deines Asthmas husten?

Ständig	Oft	Nur manchmal	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

4 Wachst Du wegen Deines Asthmas in der Nacht auf?

Immer	Oft	Nur manchmal	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

\* mod. © www.lungenaerzte-im-netz.de.

### 3 Fragen an Deine Eltern, wie sie die letzten 4 Wochen einschätzen:

5 Wie oft (rückblickend) hatte Ihr Kind Asthma-Beschwerden?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

6 Wie oft haben Sie bei Ihrem Kind pfeifende Atmung beobachtet?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

7 Wie oft ist Ihr Kind in der Nacht wegen Asthma-Beschwerden aufgewacht?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

<b>Gesamtsumme</b>	<b>Punkte:</b>

# Woche 13

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min

300					
280					
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts

Notfallspray

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark





# Woche 14

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min

300					
280					
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts

Notfallspray

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark



# Woche 15

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min



300					
280					
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts  
Notfallspray

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends


Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Wie war Deine Woche?**

Kleb hier Deinen Sticker ein

# Woche 16

Montag

Dienstag

Mittwoch

Datum

Zeit

Montag		Dienstag		Mittwoch	
morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends

Peak-Flow-Werte in l/min	300					
	280					
	260					
	240					
	220					
	200					
	180					
	160					
	140					
	120					
	100					
	80					
	60					

Husten (0-3)\*

Atemnot (0-3)\*

Erwachen nachts  
Notfallspray

Montag		Dienstag		Mittwoch	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten



\*0=kein(e) 1=gering 2=mittelmäßig 3=stark



# Asthmakontrolltest ACT™\*

## 4 Fragen an Dich, wie die letzten 4 Wochen waren:

1 Spürst Du heute Dein Asthma?

Sehr stark	Stark	Ein wenig	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

2 Stört Dich Dein Asthma, wenn Du Sport treibst oder Dich körperlich anstrengst?

Stört sehr und nervt mich	Stört manchmal, dann nervt es mich	Stört manchmal, ist aber o. k.	Stört gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

3 Musst Du wegen Deines Asthmas husten?

Ständig	Oft	Nur manchmal	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

4 Wachst Du wegen Deines Asthmas in der Nacht auf?

Immer	Oft	Nur manchmal	Gar nicht	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

\* mod. © www.lungenaerzte-im-netz.de.



### 3 Fragen an Deine Eltern, wie sie die letzten 4 Wochen einschätzen:

5 Wie oft (rückblickend) hatte Ihr Kind Asthma-Beschwerden?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

6 Wie oft haben Sie bei Ihrem Kind pfeifende Atmung beobachtet?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

7 Wie oft ist Ihr Kind in der Nacht wegen Asthma-Beschwerden aufgewacht?

Täglich	An 19–24 Tagen	An 11–18 Tagen	An 4–10 Tagen	An 1–3 Tagen	Nie	Punkte:
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

**Gesamtsumme**

**Punkte:**

# Das Ampelschema – damit Du immer nachschauen kannst, wie Dein Asthma eingestellt ist

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

**Freie  
Fahrt**

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

Mit Hilfe Deiner täglichen Dauermedikamente werden Deine Beschwerden deutlich gemindert, Du kannst den Alltag gut bewältigen. Nachts kannst Du gut schlafen und wachst nur selten auf.

Dein Notfallspray brauchst Du nur selten.

Deine Peak-Flow-Werte liegen zwischen  und   
(50 bis 80% des persönlichen Bestwertes).

**Achtung**

Die Farbe Gelb sagt Dir, dass die Bronchien wieder entzündet sind und sich leichter verkrampfen können. Husten, Atemnot und Giemen nehmen wieder zu.

Nachts wirst Du öfter wach, musst husten und das Notfallspray benutzen. So richtig wirkt das nicht mehr.

Deine tägliche Dauermedikation reicht nicht mehr aus und muss angepasst werden. Ziel ist es, wieder in den grünen Bereich zu kommen. Geh bitte in den nächsten Tagen zum Arzt.

Deine Peak-Flow-Werte liegen unter   
(unter 50% des persönlichen Bestwertes), trotz zusätzlicher Inhalation.

**Gefahr**

- **Ruhe bewahren.**

- **Verwende die atemerleichternden Stellungen (Lippenbremse, Torwartstellung u. a.).**

- **Nimm sofort Deine Notfallmedikamente ein!**

- **Wenn es nicht besser wird, muss ein Notarzt gerufen werden.**

- **Geh auch bei Besserung am nächsten Tag zum Arzt.**

# Hier gibt's Deinen Notfallplan

## Anzeichen für einen Asthma-Anfall:

- Plötzlich eintretende Luftnot, Beklemmung, Pfeifen, Giemen
- Abfall des Peak-Flow-Wertes unter \_\_\_\_\_ l/min

## Ruhe bewahren!

### Deine Notfallmaßnahmen:

1

- Atemerleichternde Stellung (z. B. Torwartstellung)
- 2(-4) Hübe Notfallspray
- Einsatz der Lippenbremse
- Ruhe bewahren

➔ **Nach 10 min Peak-Flow erneut messen. Wenn der Wert nicht besser ist oder ich mich weiter schlecht fühle:**

2

- 2(-4) Hübe Notfallspray
- Atemerleichternde Stellung (z. B. Torwartstellung)
- Notfalltablette (Kortison), z. B. \_\_\_\_\_ einnehmen

➔ **Wenn es nach weiteren 10 min nicht besser geht:**

3

- Notarzt (112) und Eltern verständigen
- Atemerleichternde Stellung (z. B. Torwartstellung)

## Überreicht durch:

Haben Sie medizinische Fragen zu Ihrer **Erkrankung** oder **Novartis-Produkten** dann kontaktieren Sie uns, das medizinisch-wissenschaftliche Team des **Novartis-Infoservice**, gerne unter:

**Telefon:** 09 11 / 273 12 100\*

**Fax:** 09 11 / 273 12 160

**E-Mail:** [infoservice.novartis@novartis.com](mailto:infoservice.novartis@novartis.com)

**Internet:** [www.infoservice.novartis.de](http://www.infoservice.novartis.de) [www.asthma.de](http://www.asthma.de)

\* Mo. – Fr. von 08:00 bis 18:00 Uhr



10/2017 1072687