

ASTHMA- TAGEBUCH

Für Erwachsene

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

dieses Tagebuch soll Ihnen helfen, besser mit Ihrer Krankheit zu leben und die Behandlung eigenverantwortlich optimal zu gestalten. Tragen Sie Ihre Peak-Flow-Werte und alle Ihre Asthma-Beschwerden täglich in dieses Tagebuch ein. Wie Sie hierbei am besten vorgehen, erfahren Sie auf den nächsten Seiten.

Das Peak-Flow-Ampelsystem auf den letzten Seiten dient Ihnen als Hilfe zur Bewertung Ihres Peak-Flows. Je nach Einordnung beachten Sie bitte Ihren persönlichen Notfallplan, den Sie gemeinsam mit Ihrem Lungenfacharzt festgehalten haben.

Bringen Sie Ihr Tagebuch zu jedem Arzttermin mit. Auf diese Weise kann Ihr Arzt gemeinsam mit Ihnen den Therapieverlauf nachvollziehen und die Therapie optimal darauf abstimmen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg.
Ihr Praxis-Team

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Angehörige/r (Vorname, Name, Telefon)

Behandelnder Arzt (Vorname, Name, Telefon)

**Unverträglichkeiten
& Allergien**

**Weitere
Medikamente
wegen anderer
Erkrankungen**

**Persönlicher
Peak-Flow-
Bestwert**



WIE FUNKTIONIERT MEIN ASTHMA-TAGEBUCH?

Täglich bewerten und eintragen

Um Ihren Therapieverlauf zu dokumentieren, tragen Sie bitte täglich, am besten morgens nach dem Aufstehen und abends vor dem Zubettgehen, alle Ihre Werte ein. Gehen Sie hierbei wie folgt vor:

- Messen Sie Ihren Peak-Flow-Wert und tragen Sie diesen in l/min in die Tabelle ein.
- Protokollieren Sie nächtliches Erwachen und tagsüber auftretende Symptome durch ein Kreuzchen.
- Wichtig für Ihren Arzt ist auch die genaue Dokumentation der zusätzlich eingenommenen Bedarfsmedikation, z.B. Asthma-Spray in Hüben

Alle 4 Wochen sollten Sie zudem Ihre Asthmakontrolle überprüfen, indem Sie den im Tagebuch enthaltenen Asthmakontrolltest ausfüllen. Anhand der erreichten Punktzahl sehen Sie, wie gut Ihr Asthma kontrolliert ist.



SO FUNKTIONIERT EIN PEAK-FLOW-METER

Das Peak-Flow-Meter ist ein einfaches Messgerät, mit dem Sie selbstständig Ihre Lungenfunktion überprüfen können.

Lassen Sie sich den Gebrauch beim ersten Mal von Ihrem Arzt oder medizinischem Fachpersonal zeigen. So wenden Sie das Peak-Flow-Meter richtig an:

- Schieben Sie den Zeiger des Gerätes bis zum Anschlag nach unten.
- Atmen Sie tief ein.
- Umschließen Sie das Mundstück fest mit den Lippen.
- Pusten Sie so kräftig wie möglich in einem Atemstoß in das Peak-Flow-Meter hinein.

Wiederholen Sie den Messvorgang 2- bis 3-mal und tragen Sie den besten Wert in das Protokoll ein.

Messen Sie Ihre Peak-Flow-Werte regelmäßig, möglichst zur gleichen Zeit: z.B. nach dem Aufstehen (ungefähr zwischen 6 und 8 Uhr) und vor dem Zubettgehen (ungefähr zwischen 22 und 24 Uhr).



MEINE NÄCHSTEN SPRITZENTERMINE

Medikament	Datum

Dosis	Besonderheiten



MEINE NÄCHSTEN SPRITZENTERMINE

Medikament	Datum

Dosis	Besonderheiten

WOCHEÜBERSICHT

WOCHE 1



WOCHE 2



WOCHE 3



WOCHE 4



WOCHE 5



WOCHE 6



WOCHE 7



WOCHE 8



WOCHE 9



WOCHE 10



WOCHE 11



WOCHE 12



WOCHE 13



WOCHE 14



WOCHE 15



WOCHE 16



WOCHE 2

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark

WOCHE 3

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark



ASTHMA-KONTROLLTEST (ACT)TM

Der Asthmakontrolltest kann Ihnen dabei helfen, Ihre Asthmakontrolle besser einzuschätzen. Der Test besteht aus fünf Fragen.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ehrlich wie möglich.



Sprechen Sie über Ihre Gesamt-Punktzahl mit Ihrem Arzt.

Gemeinsam mit Ihrem Arzt können Sie so herausfinden, wie gut Ihr Asthma kontrolliert ist.

20–25 Punkte: Herzlichen Glückwunsch!

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen anscheinend unter Kontrolle. Bleiben Sie dennoch aufmerksam! Wenn Sie Probleme mit Ihrem Asthma feststellen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

16–19 Punkte: Noch im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen teilweise unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, um zu besprechen, wie Sie eine noch bessere Kontrolle erreichen können.

15 Punkte und weniger: Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen nicht unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, um zu besprechen, welche Schritte jetzt nötig sind.

		Punkte
Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert , bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?	Immer	1
	Meistens	2
	Manchmal	3
	Selten	4
	Nie	5
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?	> 1x am Tag	1
	1x am Tag	2
	3–6x am Tag	3
	1x oder 2x pro Woche	4
	Überhaupt nicht	5
Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?	≥ 4 Nächte pro Woche	1
	2 oder 3 Nächte pro Woche	2
	1x pro Woche	3
	1x oder 2x	4
	Überhaupt nicht	5
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler, wie z.B. Salbutamol) eingesetzt?	≥ 3x am Tag	1
	1x oder 2x am Tag	2
	2 oder 3 Nächte pro Woche	3
	≤ 1x pro Woche	4
	Überhaupt nicht	5
Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?	Überhaupt nicht	1
	Schlecht	2
	Etwas	3
	Gut	4
	Völlig	5
Gesamt-Punktzahl:		

WOCHE 5

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark

WOCHE 6

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												



ASTHMA-KONTROLLTEST (ACT)TM

Der Asthmakontrolltest kann Ihnen dabei helfen, Ihre Asthmakontrolle besser einzuschätzen. Der Test besteht aus fünf Fragen.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ehrlich wie möglich.



Sprechen Sie über Ihre Gesamt-Punktzahl mit Ihrem Arzt.

Gemeinsam mit Ihrem Arzt können Sie so herausfinden, wie gut Ihr Asthma kontrolliert ist.

20–25 Punkte: Herzlichen Glückwunsch!

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen anscheinend unter Kontrolle. Bleiben Sie dennoch aufmerksam! Wenn Sie Probleme mit Ihrem Asthma feststellen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

16–19 Punkte: Noch im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen teilweise unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, um zu besprechen, wie Sie eine noch bessere Kontrolle erreichen können.

15 Punkte und weniger: Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen nicht unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, um zu besprechen, welche Schritte jetzt nötig sind.

		Punkte
Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert , bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?	Immer	1
	Meistens	2
	Manchmal	3
	Selten	4
	Nie	5
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?	> 1x am Tag	1
	1x am Tag	2
	3–6x am Tag	3
	1x oder 2x pro Woche	4
	Überhaupt nicht	5
Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?	≥ 4 Nächte pro Woche	1
	2 oder 3 Nächte pro Woche	2
	1x pro Woche	3
	1x oder 2x	4
	Überhaupt nicht	5
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler, wie z.B. Salbutamol) eingesetzt?	≥ 3x am Tag	1
	1x oder 2x am Tag	2
	2 oder 3 Nächte pro Woche	3
	≤ 1x pro Woche	4
	Überhaupt nicht	5
Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?	Überhaupt nicht	1
	Schlecht	2
	Etwas	3
	Gut	4
	Völlig	5
Gesamt-Punktzahl:		

WOCHE 10

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark

WOCHE 12

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark



ASTHMA-KONTROLLTEST (ACT)TM

Der Asthmakontrolltest kann Ihnen dabei helfen, Ihre Asthmakontrolle besser einzuschätzen. Der Test besteht aus fünf Fragen.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ehrlich wie möglich.



Sprechen Sie über Ihre Gesamt-Punktzahl mit Ihrem Arzt.

Gemeinsam mit Ihrem Arzt können Sie so herausfinden, wie gut Ihr Asthma kontrolliert ist.

20–25 Punkte: Herzlichen Glückwunsch!

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen anscheinend unter Kontrolle. Bleiben Sie dennoch aufmerksam! Wenn Sie Probleme mit Ihrem Asthma feststellen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

16–19 Punkte: Noch im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen teilweise unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, um zu besprechen, wie Sie eine noch bessere Kontrolle erreichen können.

15 Punkte und weniger: Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen nicht unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, um zu besprechen, welche Schritte jetzt nötig sind.

		Punkte
Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert , bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?	Immer	1
	Meistens	2
	Manchmal	3
	Selten	4
	Nie	5
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?	> 1x am Tag	1
	1x am Tag	2
	3–6x am Tag	3
	1x oder 2x pro Woche	4
	Überhaupt nicht	5
Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?	≥ 4 Nächte pro Woche	1
	2 oder 3 Nächte pro Woche	2
	1x pro Woche	3
	1x oder 2x	4
	Überhaupt nicht	5
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler, wie z.B. Salbutamol) eingesetzt?	≥ 3x am Tag	1
	1x oder 2x am Tag	2
	2 oder 3 Nächte pro Woche	3
	≤ 1x pro Woche	4
	Überhaupt nicht	5
Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?	Überhaupt nicht	1
	Schlecht	2
	Etwas	3
	Gut	4
	Völlig	5
Gesamt-Punktzahl:		

WOCHE 14

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

WOCHE 15

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark

WOCHE 16

Medikament und
Dosis in dieser Woche: _____

Wochentag	Mo.	Di.	Mi.
Datum			

Do.	Fr.	Sa.	So.

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

Peak-Flow-Wert (l/min)	M		A		M		A		M		A	
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
700												
650												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
50												
Husten, Pfeifen												
Atemnot												
Auswurf												
Nächtl. Erwachen												
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe)												
Besonderheiten												
Spritzentermin												

M = morgens, A = abends, 0 = Kein, 1 = Gering, 2 = Mäßig, 3 = Stark



ASTHMA-KONTROLLTEST (ACT)TM

Der Asthmakontrolltest kann Ihnen dabei helfen, Ihre Asthmakontrolle besser einzuschätzen. Der Test besteht aus fünf Fragen.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ehrlich wie möglich.



Sprechen Sie über Ihre Gesamt-Punktzahl mit Ihrem Arzt.

Gemeinsam mit Ihrem Arzt können Sie so herausfinden, wie gut Ihr Asthma kontrolliert ist.

20–25 Punkte: Herzlichen Glückwunsch!

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen anscheinend unter Kontrolle. Bleiben Sie dennoch aufmerksam! Wenn Sie Probleme mit Ihrem Asthma feststellen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

16–19 Punkte: Noch im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen teilweise unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, um zu besprechen, wie Sie eine noch bessere Kontrolle erreichen können.

15 Punkte und weniger: Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma während der vergangenen 4 Wochen nicht unter Kontrolle. Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, um zu besprechen, welche Schritte jetzt nötig sind.

		Punkte
Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert , bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?	Immer	1
	Meistens	2
	Manchmal	3
	Selten	4
	Nie	5
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?	> 1x am Tag	1
	1x am Tag	2
	3–6x am Tag	3
	1x oder 2x pro Woche	4
	Überhaupt nicht	5
Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?	≥ 4 Nächte pro Woche	1
	2 oder 3 Nächte pro Woche	2
	1x pro Woche	3
	1x oder 2x	4
	Überhaupt nicht	5
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler, wie z.B. Salbutamol) eingesetzt?	≥ 3x am Tag	1
	1x oder 2x am Tag	2
	2 oder 3 Nächte pro Woche	3
	≤ 1x pro Woche	4
	Überhaupt nicht	5
Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?	Überhaupt nicht	1
	Schlecht	2
	Etwas	3
	Gut	4
	Völlig	5
Gesamt-Punktzahl:		

PEAK-FLOW AMPELSYSTEM

Hier können Sie immer nachschauen, wie gut Ihr Asthma eingestellt ist. Dazu füllen Sie zusammen mit Ihrem Arzt den Notfallplan auf dieser Seite aus.

Alles in Ordnung!

Super! Ihre Peak-Flow-Werte liegen zwischen _____ und _____ l/min (80 bis 100 % des persönlichen Bestwertes).

Mithilfe Ihrer täglichen Dauermedikation werden die Asthmapeschwerden auf ein Minimum gesenkt. Ihre Bedarfsmedikation benötigen Sie nur selten.

Achtung!

Achtung! Ihre Peak-Flow-Werte liegen zwischen _____ und _____ l/min (50 bis 80 % des persönlichen Bestwertes).

Ihr tägliche Dauermedikation reicht nicht mehr aus, daher müssen Ihre Medikamente für eine gewisse Zeit angepasst werden. Ziel ist es, wieder Peak-Flow-Werte des grünen Bereichs zu erreichen.

Gefahr!

Gefahr! Ihre Peak-Flow-Werte liegen unter _____ l/min (< 50 % des persönlichen Bestwertes), trotz Inhalation.

Versuchen Sie ruhig zu bleiben und wenden Sie atemtechnische Hilfestellungen an (Lippenbremse, Kutschersitz, etc.). Nehmen Sie sofort Ihre Notfallmedikamente ein!

Anzeichen für einen gefährlichen Asthma-Anfall sind ständige Atemnot (in Ruhe oder beim Sprechen), plötzliche, starke Zunahme der Atemnot (die seit Tagen schon öfter zu spüren war) und unbeherrschbarer Husten mit zunehmenden Engegefühl.

Nehmen Sie täglich die von Ihrem Arzt verordnete Dauermedikation:

1. _____
2. _____
3. _____

Ihr Bedarfsmedikament bei Atemnot, Engegefühl, Husten:

Erhöhen Sie Ihre Medikamente wie angegeben:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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

Im Notfall nehmen Sie folgende Medikamente bitte sofort ein:

1. _____
2. _____
3. _____

Wenn Ihre Peak-Flow-Werte nach 20 Minuten nicht um wenigstens 40 bis 50 Einheiten steigen, rufen Sie den Notarzt (112)!

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

NOTIZEN



KONTAKT- MÖGLICHKEITEN BEI FRAGEN

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

Telefon: 0911–273 12 100*

Fax: 0911–273 12 160

E-Mail: infoservice.novartis@novartis.com

Internet: www.infoservice.novartis.de

*Mo.–Fr. von 08:00 bis 18:00 Uhr



www.asthma.de

