Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt



Monat:	Name:							
Tag:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Beschwerden: keine ☺ mittel ☺ s	schwer ⊗ (bi	tte ankreuzen)			•			
Tagsüber	© © ®	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8
Nachts	© © ®	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8
Asthmaanfall								
Mussten Sie auf etwas verzichten? (z.B. Sport)								
Fehltag (bitte ankreuzen)								
Dauermedikamente zur Langzeitkontrolle (Controller) Namen des Medikamentes und Einnehmtage ankreuzen								
Bedarfs- und Notfallmedikamente Medikamentnamen und Einnehmtage ankreuzen								
Peak-Flow-Werte Bitte Werte eintragen (Messung frühestens 5 Minuten nach Medikamenteneinnahme)								
Morgens vor Medikamenteneinnahme								
Morgens nach Medikamenteneinnahme								
Abends vor Medikamenteneinnahme								
Abends nach Medikanenteneinnahme								

Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt



Monat:	Name:								
Tag:	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	
Beschwerden: keine ☺ mittel ☺ s	schwer 🕾 (bi	itte ankreuzen)			,				
Tagsüber	© © ®	© 9 8	© © Ø	© © 8	© © ®	© © 8	© © ®	© © Ø	
Nachts	© © 8	© © 8	© © 8	©	© © 8	©	©	◎	
Asthmaanfall									
Mussten Sie auf etwas verzichten? (z.B. Sport)									
Fehltag (bitte ankreuzen)									
Dauermedikamente zur Langzeitkontrolle (Controller) Namen des Medikamentes und Einnehmtage ankreuzen									
Bedarfs- und Notfallmedikamente Medikamentnamen und Einnehmtage ankreuzen									
Peak-Flow-Werte Bitte Werte eintragen (Messung frühestens 5 Minuten nach Medikamenteneinnahme)									
Morgens vor Medikamenteneinnahme									
Morgens nach Medikamenteneinnahme									
Abends vor Medikamenteneinnahme									
Abends nach Medikanenteneinnahme									

Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt



Monat:	Name:								
Tag:	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	
Beschwerden: keine © mittel ⊕	schwer 🕾 (b	itte ankreuzen)			•				
Tagsüber	© © 8	© © 8	© © 8	©	© © 8	©	©	◎	
Nachts	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	© © 8	©	
Asthmaanfall									
Mussten Sie auf etwas verzichten? (z.B. Sport)									
Fehltag (bitte ankreuzen)									
Dauermedikamente zur Langzeitkontrolle (Controller) Namen des Medikamentes und Einnehmtage ankreuzen									
Bedarfs- und Notfallmedikamente Medikamentnamen und Einnehmtage ankreuzen									
Peak-Flow-Werte Bitte Werte eintragen (Messung frühestens 5 Minuten nach Medikamenteneinnahme)									
Morgens vor Medikamenteneinnahme									
Morgens nach Medikamenteneinnahme									
Abends vor Medikamenteneinnahme									
Abends nach Medikanenteneinnahme									

Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt



Monat:	Name:							
Tag:	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	
Beschwerden: keine ☺ mittel ☺ s	schwer 🕾 (bi	tte ankreuzen)						
Tagsüber	© © ®	©	©	◎	© © 8	©	©	
Nachts	© © ®	©	©	◎	©	©	©	
Asthmaanfall								
Mussten Sie auf etwas verzichten? (z.B. Sport)								
Fehltag (bitte ankreuzen)								
Dauermedikamente zur Langzeitkontrolle (Controller) Namen des Medikamentes und Einnehmtage ankreuzen								
Bedarfs- und Notfallmedikamente Medikamentnamen und Einnehmtage ankreuzen								
Peak-Flow-Werte Bitte Werte eintragen (Messung frühestens 5 Minuten nach Medikamenteneinnahme)								
Morgens vor Medikamenteneinnahme								
Morgens nach Medikamenteneinnahme								
Abends vor Medikamenteneinnahme								
Abends nach Medikanenteneinnahme								