

Monat: Name:

Tag:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Beschwerden: keine ☺ mittel ☹ schwer ☹ (bitte ankreuzen)								
Tagsüber	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹
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 Medikamenteneinnahme								

Monat: Name:

Tag:	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
Beschwerden: keine ☺ mittel ☹ schwer ☹ (bitte ankreuzen)								
Tagsüber	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹
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 Medikamenteneinnahme								

Monat: Name:

Tag:	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.
Beschwerden: keine ☺ mittel ☹ schwer ☹ (bitte ankreuzen)								
Tagsüber	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹
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 Medikamenteneinnahme								

Monat: Name:

Tag:	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	
Beschwerden: keine ☺ mittel ☹ schwer ☹ (bitte ankreuzen)								
Tagsüber	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹	
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 Medikamenteneinnahme								