Peakflow-Protokoll / Symptomkalender

Dr.med. U. Hermann & Dr med.Dipl.biol. Sven Beck; Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderpneumologie;
tel: 07121-52202, fax: 07121-577124; www.kinderarzt-reutlingen.de

Name:_____, Monat: _____, Jahr: _____. Geb.:_____. Größe:_____ cm, Gewicht:_____ kg.

Symptome; (X = vorhanden)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**Datum**
Husten tagsüber																																
Atemnot tagsüber																																
Husten nachts																																
Atemnot nachts																																
Beschwerden bei körperlicher Belastung (Husten, Leistungsminderung)																																
Beschwerden der oberen Luftwege																																
Tägliche Peakflow Messungen: Bester von 3 Werten, morgens (M) und abends (A)	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	M A	
450																																450
400																																400
bei Inhalationen mit Notfallmedikament: Peakflow messen - **vor (x) und** - **nach (o)** Inhalation!																																
350																																350
300																																300
250																																250
200																																200
150																																150
100																																100
Medikamente Name/Dosierung:																																
1.																																
2.																																
3.																																
4.																																
Zahl Inhalationen mit Notfallmedikament																																
Allergenkontakt / Pollenflug (A); Infekt (I)																																