

# 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-neurtingen.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		
<b>Husten tagsüber</b>																																		
<b>Atemnot tagsüber</b>																																		
<b>Husten nachts</b>																																		
<b>Atemnot nachts</b>																																		
<b>Beschwerden bei körperlicher Belastung (Husten, Leistungsminderung)</b>																																		
<b>Beschwerden der oberen Luftwege</b>																																		
<b>Tägliche Peakflow</b>																																		
<b>Messungen:</b> Bester von 3 Werten, morgens (M) und abends (A)	600																																	450
	550																																	400
	500																																	350
	450																																	300
	400																																	250
	350																																	200
	300																																	150
	250																																	100

**Medikamente**  
Name/Dosierung:

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- Zahl Inhalationen mit Notfallmedikament  
 Allergenkontakt / Pollenflug (A); Infekt (I)