

Peakflow-Protokoll / Symptomkalender

Dr. med. U. Herrmann & 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		
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)	450																																	450
	400																																	400
	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)