



MEINE
LUNGE
MEIN
LEBEN



MEIN ASTHMA TAGEBUCH

NAME

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

das Führen eines Asthma-Tagebuchs kann Ihnen helfen, Ihr Leben mit Asthma besser zu kontrollieren, Ihre Behandlung eigenverantwortlich mitzugestalten und Ihre Ärztin oder Ihren Arzt in den gemeinsamen Entscheidungen zu unterstützen.

Bitte tragen Sie dazu täglich Ihre Peak-Flow-Werte und alle anderen Parameter in die vorgesehenen Kästchen auf den nächsten Seiten ein. Nehmen Sie das Tagebuch dann immer zu Ihren Arztbesuchen mit. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann aus Ihren Angaben viele wichtige Rückschlüsse ziehen, sei es zur Beibehaltung der bestehenden Therapie oder ggf. auch für Anpassungen.

Auf der vorletzten Seite des Tagebuchs finden Sie das Asthma-Ampelsystem. Besonders hilfreich ist es, wenn Sie hier die anhand Ihres persönlichen Bestwertes bestimmten Peak-Flow-Werte eintragen. So können Sie die täglichen Werte leicht abgleichen und gegebenenfalls handeln. Die letzte Seite ist für Angaben zu Ihren Medikamenten vorgesehen.

Neben der Bestimmung der Peak-Flow-Werte können Sie den Verlauf Ihrer Asthma-Erkrankung außerdem durch die Überprüfung der Asthmakontrolle nachverfolgen. Dafür stellen wir Ihnen 4 einfache JA/NEIN-Fragen zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden in den letzten 4 Wochen, die wir in 4-wöchigem Abstand in dieses Tagebuch eingebunden haben. Die Anzahl der JA-Antworten hilft Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt einzuschätzen, wie gut Ihr Asthma kontrolliert ist.

**Wir wünschen Ihnen alles Gute,
Ihr Atemwegs-Team von AstraZeneca**

Name

Straße

Ort

Angehörige

Hausarzt (Stempel)

Bekannte Allergien

Unverträglichkeiten

 Schmerz- oder Rheumamittel Penicillin andere _____Ständige Medikamente
wegen anderer
ErkrankungenPersönlicher
Peak-Flow-Bestwert

_____ l/min

Mit dem Peak-Flow-Meter können Sie relativ einfach und selbständig Ihre Lungenfunktion überprüfen. Wenn Sie das Peak-Flow-Meter zum ersten Mal anwenden, lassen Sie es sich von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt erklären. So können Sie sicherstellen, dass Ihre Werte korrekt ermittelt und dokumentiert werden.



1 Schieben Sie den Zeiger des Gerätes bis zum Anschlag nach unten.



2 Atmen Sie tief ein.

3 Umschließen Sie das Mundstück fest mit den Lippen.



4 Pusten Sie so kräftig wie möglich mit einem Atemstoß in das Peak-Flow-Meter hinein. Es ist wichtig, dass Sie diesen Messvorgang zwei- bis dreimal wiederholen. Den besten der gemessenen Werte tragen Sie dann in das Asthma-Tagebuch ein.

Ein Tipp: Messen Sie Ihre Peak-Flow-Werte immer zur gleichen Tageszeit, z. B. morgens nach dem Aufstehen. So werden die Werte gut vergleichbar.

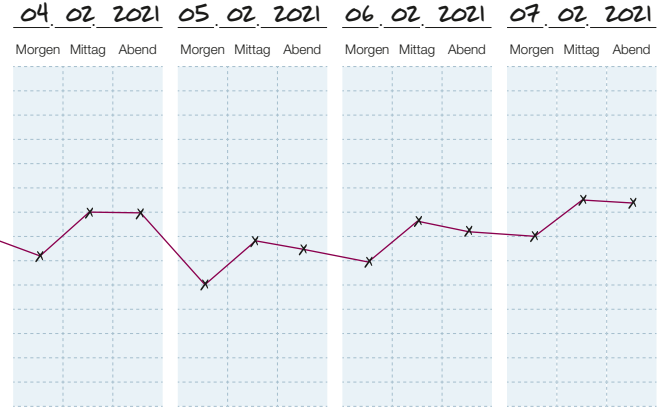
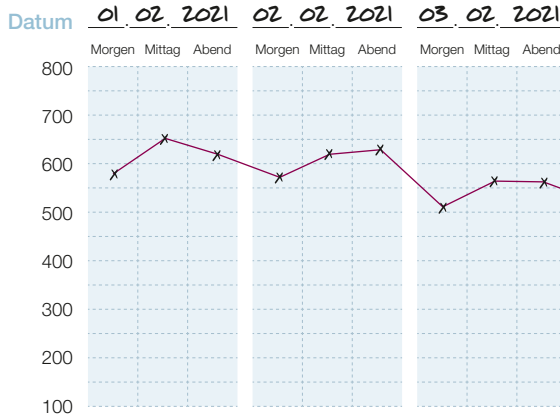


Asthma-medikation in dieser Woche

Name des Medikaments		Dosis	
1.	Medikament 1	2 mal täglich + bei Bedarf	
2.			
3.			

Name des Medikaments		Dosis	
1.	Medikament 1	2 mal täglich + bei Bedarf	
2.			
3.			

Peak-Flow-Wert in l/min



	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark
Husten		X				X				X		
Atemnot	X					X				X		
Auswurf	X				X					X		
Nächtl. Erwachen		X				X					X	
Andere Symptome												
Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*	0			+	1			+	2			+
Besonderheiten	Atemnot nur bei Anstrengung											

	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark	
Husten		X					X				X			X			
Atemnot	X						X				X			X			
Auswurf	X					X				X			X				
Nächtl. Erwachen				X				X				X		X			
Andere Symptome	Pfeifende Atmung																
Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*	3			+	4			+	3			+	1			= 14	Summe
Besonderheiten	1 Dosis vergessen																
	Engegefühl in der Brust																

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungs-therapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Asthma-medikation in dieser Woche

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

Peak-Flow-Wert in l/min

Datum

Datum	Morgen			Mittag			Abend					
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend			
800												
700												
600												
500												
400												
300												
200												
100												
	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark

Datum	Morgen			Mittag			Abend					
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend			
800												
700												
600												
500												
400												
300												
200												
100												
	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark	keine	gering	mäßig	stark

Husten

Atemnot

Auswurf

Nächtl. Erwachen

Andere Symptome

Bedarfsmedikament:
Anzahl der Anwendungen*

Besonderheiten

Summe

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungs-therapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Asthma-medikation in dieser Woche

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

Peak-Flow-Wert in l/min

Datum

	-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

	-----			-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

Husten			
Atemnot			
Auswurf			
Nächtl. Erwachen			
Andere Symptome			
Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*			
Besonderheiten			

Summe

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungstherapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

**Asthma-
medikation in
dieser Woche**

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

**Peak-
Flow-
Wert
in l/min**

Datum

	-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

**Husten
Atemnot
Auswurf**

Nächtl. Erwachen

Andere Symptome

**Bedarfsmedikament:
Anzahl der Anwendungen***

Besonderheiten

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	-----			-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

Summe

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungs-therapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Asthma-medikation in dieser Woche

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

Peak-Flow-Wert in l/min

Datum

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

Husten									
Atemnot									
Auswurf									
Nächtl. Erwachen									
Andere Symptome									
Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*									
Besonderheiten									

Husten									
Atemnot									
Auswurf									
Nächtl. Erwachen									
Andere Symptome									
Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*									
Besonderheiten									
									Summe

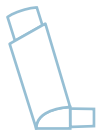
* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungs-therapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Als SABA bezeichnet man kurzwirksame Beta-2-Mimetika, also Wirkstoffe, die eine rasche Entspannung der Bronchialmuskulatur bewirken.

Vielleicht kennen Sie Ihren SABA-Inhalator auch als Bedarfsspray, Notfallspray oder blauen Inhalator.

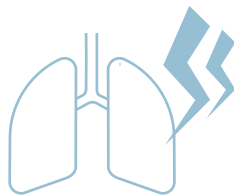
Der Einsatz des SABAs richtet sich nach Ihrem Bedarf: Sie sollten es dann einsetzen, wenn Sie Asthma-Symptome wie Kurzatmigkeit, Atemnot oder Husten verspüren.



EIN SABA LINDERT ZWAR SCHNELL IHRE BESCHWERDEN, BEKÄMPFT ABER NICHT DIE BEIM ASTHMA URSÄCHLICHE ENTZÜNDUNG DER BRONCHIEN.



Entzündete Atemwege



Schwere Asthma-Anfälle

MACHEN SIE DEN TEST FÜR EINE EINSCHÄTZUNG IHRER ASTHMAKONTROLLE

Haben Sie in den letzten 4 Wochen ...

- ... Symptome tagsüber öfter als **2x** pro Woche erfahren? ja nein
- ... nächtliches Aufwachen aufgrund von Symptomen erlebt? ja nein
- ... Ihr Notfallspray öfter als **2x** pro Woche angewendet? ja nein
- ... sich aufgrund Ihres Asthmas in Ihrer **Aktivität eingeschränkt**? ja nein

Bei mindestens einer mit „Ja“ beantworteten Frage sprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Arzt!



Ein Verbrauch von **3 oder mehr** SABA-Inhalatoren pro Jahr ist mit einem erhöhten Risiko für Asthma-Anfälle verbunden. Sollten Sie in den letzten vier Wochen 3 mal oder häufiger pro Woche Ihren SABA-Inhalator verwendet haben, ist dies ein Indikator für mangelnde Asthmakontrolle.

**Asthma-
medikation in
dieser Woche**

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

**Peak-
Flow-
Wert
in l/min**

Datum

	-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

**Husten
Atemnot
Auswurf**

Nächtl. Erwachen

Andere Symptome

**Bedarfsmedikament:
Anzahl der Anwendungen***

Besonderheiten

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	-----			-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

Summe

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungs-therapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Asthma-medikation in dieser Woche

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

Peak-Flow-Wert in l/min

Datum

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

	keine	gering	mäßig	stark
Husten				
Atemnot				
Auswurf				
Nächtl. Erwachen				
Andere Symptome				
Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*				
Besonderheiten				

	keine	gering	mäßig	stark
Husten				
Atemnot				
Auswurf				
Nächtl. Erwachen				
Andere Symptome				
Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*				
Besonderheiten				
Summe				

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungs-therapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Asthma-medikation in dieser Woche

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

Peak-Flow-Wert in l/min

Datum

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

Husten			
Atemnot			
Auswurf			
Nächtl. Erwachen			
Andere Symptome			
Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*			
Besonderheiten			

keine gering mäßig stark			
keine gering mäßig stark			
keine gering mäßig stark			
keine gering mäßig stark			
keine gering mäßig stark			
keine gering mäßig stark			
keine gering mäßig stark			
keine gering mäßig stark			

Summe

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungs-therapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Asthma-medikation in dieser Woche

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

Peak-Flow-Wert in l/min

Datum

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

- Husten
- Atemnot
- Auswurf
- Nächtl. Erwachen
- Andere Symptome
- Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*
- Besonderheiten

Summe

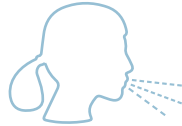
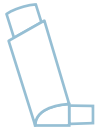
* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungstherapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Als SABA bezeichnet man kurzwirksame Beta-2-Mimetika, also Wirkstoffe, die eine rasche Entspannung der Bronchialmuskulatur bewirken.

Vielleicht kennen Sie Ihren SABA-Inhalator auch als Bedarfsspray, Notfallspray oder blauen Inhalator.

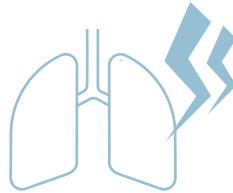
Der Einsatz des SABAs richtet sich nach Ihrem Bedarf: Sie sollten es dann einsetzen, wenn Sie Asthma-Symptome wie Kurzatmigkeit, Atemnot oder Husten verspüren.



EIN SABA LINDERT ZWAR SCHNELL IHRE BESCHWERDEN, BEKÄMPFT ABER NICHT DIE BEIM ASTHMA URSÄCHLICHE ENTZÜNDUNG DER BRONCHIEN.



Entzündete Atemwege



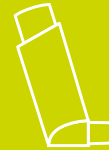
Schwere Asthma-Anfälle

MACHEN SIE DEN TEST FÜR EINE EINSCHÄTZUNG IHRER ASTHMAKONTROLLE

Haben Sie in den letzten 4 Wochen ...

- ... Symptome tagsüber öfter als **2x** pro Woche erfahren? ja nein
- ... nächtliches Aufwachen aufgrund von Symptomen erlebt? ja nein
- ... Ihr Notfallspray öfter als **2x** pro Woche angewendet? ja nein
- ... sich aufgrund Ihres Asthmas in Ihrer **Aktivität eingeschränkt**? ja nein

Bei mindestens einer mit „Ja“ beantworteten Frage sprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Arzt!



Ein Verbrauch von **3 oder mehr** SABA-Inhalatoren pro Jahr ist mit einem erhöhten Risiko für Asthma-Anfälle verbunden. Sollten Sie in den letzten vier Wochen 3 mal oder häufiger pro Woche Ihren SABA-Inhalator verwendet haben, ist dies ein Indikator für mangelnde Asthmakontrolle.

Asthma-medikation in dieser Woche

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

Peak-Flow-Wert in l/min

Datum

Datum	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

Datum	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

- Husten
- Atemnot
- Auswurf
- Nächtl. Erwachen
- Andere Symptome
- Bedarfsmedikament: Anzahl der Anwendungen*
- Besonderheiten

Summe

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungstherapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

**Asthma-
medikation in
dieser Woche**

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

**Peak-
Flow-
Wert
in l/min**

Datum

	-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

**Husten
Atemnot
Auswurf**

Nächtl. Erwachen

Andere Symptome

**Bedarfsmedikament:
Anzahl der Anwendungen***

Besonderheiten

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	-----			-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

Summe

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungstherapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

**Asthma-
medikation in
dieser Woche**

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

**Peak-
Flow-
Wert
in l/min**

Datum

	-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

**Husten
Atemnot
Auswurf**

Nächtl. Erwachen

Andere Symptome

**Bedarfsmedikament:
Anzahl der Anwendungen***

Besonderheiten

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungstherapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

	-----			-----			-----			-----		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

Summe

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

**Asthma-
medikation in
dieser Woche**

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

**Peak-
Flow-
Wert
in l/min**

Datum

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

**Husten
Atemnot
Auswurf**

Nächtl. Erwachen

Andere Symptome

**Bedarfsmedikament:
Anzahl der Anwendungen***

Besonderheiten

* Als Bedarfsanwendung zählt jeder Anlass/jede Situation, in der Sie (zusätzlich zu Ihrer Erhaltungstherapie) 1 oder mehr Hübe Ihrer Bedarfsmedikation eingenommen haben.

	Name des Medikaments	Dosis
1.		
2.		
3.		

Datum	Morgen			Mittag			Abend		
	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend	Morgen	Mittag	Abend
800									
700									
600									
500									
400									
300									
200									
100									

keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark keine gering mäßig stark

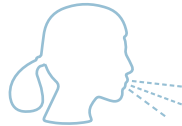
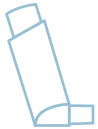
Summe

Hinweis: Wenn Sie Ihr Bedarfsmedikament häufiger als 2 mal pro Woche einsetzen, könnte dies ein Zeichen für mangelnde Asthmakontrolle sein. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt über Ihre Asthmatherapie.

Als SABA bezeichnet man kurzwirksame Beta-2-Mimetika, also Wirkstoffe, die eine rasche Entspannung der Bronchialmuskulatur bewirken.

Vielleicht kennen Sie Ihren SABA-Inhalator auch als Bedarfsspray, Notfallspray oder blauen Inhalator.

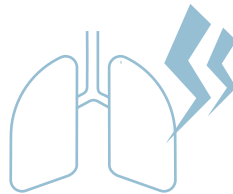
Der Einsatz des SABAs richtet sich nach Ihrem Bedarf: Sie sollten es dann einsetzen, wenn Sie Asthma-Symptome wie Kurzatmigkeit, Atemnot oder Husten verspüren.



EIN SABA LINDERT ZWAR SCHNELL IHRE BESCHWERDEN, BEKÄMPFT ABER NICHT DIE BEIM ASTHMA URSÄCHLICHE ENTZÜNDUNG DER BRONCHIEN.



Entzündete Atemwege



Schwere Asthma-Anfälle

MACHEN SIE DEN TEST FÜR EINE EINSCHÄTZUNG IHRER ASTHMAKONTROLLE

Haben Sie in den letzten 4 Wochen ...

- ... Symptome tagsüber öfter als **2x** pro Woche erfahren? ja nein
- ... nächtliches Aufwachen aufgrund von Symptomen erlebt? ja nein
- ... Ihr Notfallspray öfter als **2x** pro Woche angewendet? ja nein
- ... sich aufgrund Ihres Asthmas in Ihrer **Aktivität eingeschränkt**? ja nein

Bei mindestens einer mit „Ja“ beantworteten Frage sprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Arzt!



Ein Verbrauch von **3 oder mehr** SABA-Inhalatoren pro Jahr ist mit einem erhöhten Risiko für Asthma-Anfälle verbunden. Sollten Sie in den letzten vier Wochen 3 mal oder häufiger pro Woche Ihren SABA-Inhalator verwendet haben, ist dies ein Indikator für mangelnde Asthmakontrolle.

AMPELPHASEN BEACHTEN

Alles im grünen Bereich.

- Prima. Ihre Peak-Flow-Werte liegen zwischen _____ und _____ l/min (80 bis 100 % des persönlichen Bestwertes), d.h. Ihr Asthma ist gut eingestellt.
- Ihre Bedarfsmedikation benötigen Sie selten.

Vorsicht ist geboten.

- Achtung. Ihre Peak-Flow-Werte liegen zwischen _____ und _____ l/min (50 bis 80 % des persönlichen Bestwertes), d.h. die bronchiale Entzündung und die Bereitschaft zur Verkrampfung haben sich verstärkt.
- Ihre Asthmamedikamente reichen nicht mehr ganz aus und müssen eine Zeit lang angepasst werden. Ziel ist es, die Peak-Flow-Werte wieder in den grünen Bereich zu bringen.

Es kann gefährlich werden.

- Gefahr droht. Das Peak-Flow-Meter zeigt Werte unter _____ l/min (unter 50 % des persönlichen Bestwertes), trotz Inhalation.
- Zu den Anzeichen eines Asthmaanfalls zählen ständige Atemnot (in Ruhe oder beim Sprechen), plötzliche starke Zunahme der Atemnot (die seit Tagen schon öfter zu spüren war) und unbeherrschbarer Husten mit zunehmendem Engegefühl.

Was ist jetzt zu tun?

Wichtig: Versuchen Sie ruhig zu bleiben. Wenden Sie atemtechnische Hilfestellungen an (Lippenbremse, Kutschersitz u.a.) und nehmen Sie sofort die Notfallmedikamente ein! Suchen Sie spätestens am nächsten Tag Ihren Arzt auf.

IHRE AKTUELLE BZW. ANGEPASSTE ASTHMAMEDIKATION

Nehmen Sie täglich die von Ihrem Arzt verordnete Dauermedikation:

1 _____

2 _____

3 _____

Ihr Bedarfsmedikament bei Atemnot, Engegefühl, Husten:

1 _____

Erhöhen Sie Ihre Medikamente wie angegeben:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Vereinbaren Sie einen Arzttermin für die nächsten Tage! Messen Sie Ihre Peak-Flow-Werte viermal täglich!

Im Notfall müssen Sie folgende Medikamente sofort einnehmen:

1 _____

2 _____

3 _____

Wenn Ihre Peak-Flow-Werte nach 20 Minuten nicht um wenigstens 40 bis 50 Einheiten steigen, rufen Sie den Notarzt!

Suchen Sie – auch bei Besserung – spätestens am nächsten Tag Ihren behandelnden Arzt auf.

ABGEGEBEN DURCH

MEIN NÄCHSTER KONTROLLTERMIN

DE-34610/21