

Mein Asthma-Behandlungsplan


.....
Vorname Familienname

Meine Asthmaauslöser:

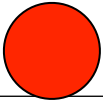
.....

.....

.....

tägliche
Dauer-
Medikamente 

.....

Notfall
Medikament 

Medikamente
vor Sport

Grüne Zone: Peak-Flow-Wert mindestens 80% des persönlichen Bestwertes
Mein persönlicher Bestwert (pBW) ist zur Zeit _____ l/min
Alles in Ordnung!

Gelbe Zone: Peak-Flow-Wert zwischen 80% und 60%
Oberer Wert meiner gelben Zone (80%) _____
Gefahr!
Notfallmedikament mit dem roten Punkt einsetzen!
Kontrolle des Peak-Flow!

Rote Zone: Peak-Flow unter 60%
Oberer Wert meiner roten Zone (60%) _____

Notfall!
Notfallplan!
Arzt verständigen

..... ist informiert über das Krankheitsbild des Asthma bronchiale, über dessen Ursachen und Auslöser und wurde im regelrechten Gebrauch ihrer/seiner Medikamente geschult. Insbesondere kennt sie/er die wichtigen Unterschiede zwischen Dauer- und Notfallmedikamenten. Das Notfallmedikament sollte sie/er ständig mit sich führen und bei Bedarf selbständig benutzen dürfen

.....

Unterschrift der Eltern Datum

.....

Unterschrift und Stempel des beh. Arztes Datum

