

Mein Asthma-Behandlungsplan


.....
Vorname Familienname

Meine Asthmaauslöser:

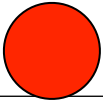
.....

.....

.....

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



Mein Asthma-Notfallplan

.....
Vorname

.....
Familiennamen

Notarzt: **19222**

Polizei: **110**

Feuerwehr: **112**

Das Asthma behandelnder Arzt: Tel:.....

Ärztlicher Notdienst Tel:.....

Eltern: Name: Tel.Privat:.....

Tel.mobil:..... Tel.Arbeit:.....

Name: Tel.Privat:.....

Tel.mobil:..... Tel.Arbeit:.....

Asthma-Anfall: langsam oder plötzlich einsetzend
Luftnot, Beklemmung
Pfeifen
Festsitzender Husten
Abfall des Peak-Flow unter l/min.
(unter 60% des pBW)



Das ist zu tun:

1.Stufe: atemerleichternde Körperstellung mit Lippenbremse
3 Sprühstöße

Notfallspray

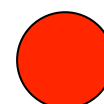
Minutenatemerleichternde

Körperstellung mit Lippenbremse

weiter für 1



2.Stufe: 3 Sprühstöße Notfallspray
weiter atemerleichternde Körperstellung mit
3x Lippenbremse



3.Stufe Notfalltablette (Notfallzäpfchen)
(Not-)Arzt verständigen
weiter atemerleichternde Körperstellung mit
Lippenbremse



.....
Unterschrift der Eltern

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel des beh. Arztes

.....
Datum



A.N.A.N.A.S. Ambulante Nürnberger Asthma- Neurodermitis- und Adipositas- Schulung