

# Asthma – Aktionsplan

Name: \_\_\_\_\_

Erstellt von: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Bester Wert (Peak-Flow/FEV1): \_\_\_\_\_

## Aktueller Zustand

## Anpassung der Behandlung

| Peak-Flow / FEV1                                                                                                        | Symptome                                                                      | (Peak-Flow/FEV1 oder Symptome)                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mehr als<br>_____<br>( <b>&gt; 80%</b> vom Bestwert)                                                                    | Keine Symptome                                                                | Medikamente – Dosis – Einnahme<br>_____<br>Nehmen Sie _____ vor einer Anstrengung<br>Tragen Sie immer _____ bei sich<br>Vermeiden Sie die Faktoren, welche bei Ihnen Asthma auslösen |
| Zwischen _____ – _____<br>( <b>60 – 80%</b> vom Bestwert)<br><br>Bei weniger als _____ <b>weiter in die orange Zone</b> | Leichter Husten, leichte Atemnot, pfeifende Atmung, nächtliches Erwachen      | Therapie anpassen:<br>_____<br>_____<br>_____<br>Nehmen Sie _____ bei Bedarf                                                                                                         |
| Zwischen _____ – _____<br>( <b>40 – 60%</b> vom Bestwert)<br><br>Bei weniger als _____ <b>weiter in die rote Zone</b>   | Husten, Atemnot, Engegefühl, schlechte Nächte                                 | Zusätzliche Medikamente:<br>_____<br>_____<br>_____<br>Weiterfahren mit _____ bei Bedarf                                                                                             |
| Bei weniger als _____<br>( <b>&lt;40%</b> vom Bestwert)                                                                 | Grosse Atemnot, starker Husten, Atemnot beim Sprechen, zunehmendes Engegefühl | <b>NOTFALL!</b><br>Dringend Arzt anrufen _____<br>oder <b>Tel. 144</b><br>Zusätzliche Medikamente: _____<br>_____                                                                    |

# Mein Asthma



## Meine Symptome:

---

---

---

---

---

---

## Meine Asthma auslösenden Faktoren:

---

---

---

---

---

---

## Bemerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Meine Kontrollmöglichkeiten:

- ☐ Peak-Flow / FEV1
- ☐ Asthma Tagebuch
- ☐ Kreditkarte
- ☐ Therapieplan

## Im Falle einer Veränderung rufen Sie Ihren Arzt an:

---

---

---

---

## Nützliche Links:

[www.asthma.ch](http://www.asthma.ch), [www.asthmainfo.ch](http://www.asthmainfo.ch), [www.allergienet.com](http://www.allergienet.com), [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com), [www.lung.ch](http://www.lung.ch),  
[www.mieuxrespirer.ch](http://www.mieuxrespirer.ch), [www.lp-ge.ch](http://www.lp-ge.ch), [www.pneumo.ch](http://www.pneumo.ch), [www.powerlungs.ch](http://www.powerlungs.ch)