



**Immer alles  
im Blick**

Ihr Asthmapass.

**DAK**  
Gesundheit  
*Ein Leben lang.*

# Lieber Versicherter,

Ihr Asthmapass hilft Ihnen, den Überblick über Ihr Asthma zu behalten. Bitte tragen Sie ihn stets bei sich.

Notieren Sie in Ihrem Asthmapass neben Ihren täglichen Peakflow-Werten Ihre persönlichen Daten, Medikamente sowie wichtige Ereignisse. So erkennen Sie frühzeitig, wenn sich Ihr Asthma einmal verschlechtern sollte, und können gleich etwas dagegen unternehmen.

Ihr Arzt sieht anhand Ihrer Aufzeichnungen, ob Ihre Therapie optimal wirkt oder angepasst werden muss. Und bei einem Notfall hat ein fremder Arzt die wichtigsten Informationen über Sie sofort zur Hand.

Ihre  
DAK-Gesundheit

## Haben Sie Fragen zu Ihrer Asthmaerkrankung?

Telefonische Beratung rund um die Uhr an 365 Tagen:

**DAK DMP-Hotline 040 325 325 940** zum Ortstarif

\*Peakflow ist englisch und bedeutet „stärkste Strömung“

### Meine persönlichen Daten

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Festnetz/Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail/Fax \_\_\_\_\_

### Mein Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Festnetz/Mobil \_\_\_\_\_

Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

### Bitte informieren Sie bei einem Notfall

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Festnetz/Mobil \_\_\_\_\_

Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

## Wichtige medizinische Informationen über mich

### Bekannte Allergien

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### Unverträglichkeiten

Schmerz- oder Rheumamittel     Penicillin

Andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Meine weiteren Erkrankungen

1. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

### Meine Therapie

Bester Peakflow-Wert \_\_\_\_\_ l/min

### Regelmäßige Medikamente

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Theophyllin-Dosierung \_\_\_\_\_ mg/Tag

Theophyllin-Spiegel \_\_\_\_\_ mg/l    am \_\_\_\_\_ (Datum)

### Meine bisherigen Asthmaanfälle

Datum \_\_\_\_\_ Schweregrad \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Schweregrad \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Schweregrad \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Schweregrad \_\_\_\_\_

(1 = leicht; 2 = mittel; 3 = schwer)

**Bitte ausfüllen!**

# Was tun bei einem Notfall?

Schnelles, sicheres Handeln ist bei einem Notfall besonders wichtig. Besprechen Sie deshalb mit Ihrem Arzt, wie Sie sich bei einer Verschlechterung Ihres Asthmas verhalten sollen. Ob ein Asthmaanfall droht, erkennen Sie mit Hilfe des Ampelschemas der Deutschen Atemwegsliga e. V.:

Peakflow-Wert	Ampelfarbe	Beurteilung	Was tun?
Über 80 %	Grün 	Alles okay!	Keine besonderen Maßnahmen
50 % bis 80 %	Gelb 	Aufpassen!	Mit dem Arzt besprechen, ob die Therapie angepasst werden muss
Unter 50 %	Rot 	Notfall!	Notfallplan ausführen! Notarzt rufen!

## Mein Notfallplan!

**1 Bei Peakflow-Werten unter \_\_\_\_\_ l/min\*:**  
2 bis 4 Hübe des Bedarfsmedikaments inhalieren.

**2 Keine Besserung nach 10 Minuten:**  
nochmals 2 bis 4 Hübe des Bedarfsmedikaments inhalieren und 20 bis 50 mg Prednisolon (Kortison-tabletten) einnehmen.

**3 Keine Besserung:**  
**Notarzt über 112 anrufen!**

\*Hier tragen Sie den Wert ein, den Sie mit Ihrem Arzt besprochen haben.



## So messen Sie Ihre Peakflow-Werte.

- Stellen Sie den Zeiger auf null.
- Stellen Sie sich aufrecht hin.
- Halten Sie das Gerät waagrecht. Atmen Sie so tief wie möglich ein.
- Umschließen Sie das Mundstück des Geräts fest mit Lippen und Zähnen.
- Pusten Sie stark und schnell in das Gerät.
- Lesen Sie den Wert ab.
- Stellen Sie den Zeiger auf null und wiederholen Sie die Messung zweimal.
- Der höchste erreichte Wert zählt – notieren Sie ihn in Ihrem Asthmapass.
- Reinigen Sie Ihr Peakflow-Meter mindestens jeden dritten Tag unter fließendem Wasser.













Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Peakflow-Werte in l/min												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
Husten*												
Atemnot*												
Auswurf*												
Andere Symptome*												
Bedarfsmedikation**												
Besonderheiten												

Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Peakflow-Werte in l/min												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
Husten*												
Atemnot*												
Auswurf*												
Andere Symptome*												
Bedarfsmedikation**												
Besonderheiten												

Medikation in dieser Woche

Medikament	Dosis
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Medikation in dieser Woche

Medikament	Dosis
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

\*kein = 0    gering = 1    mäßig = 2    stark = 3    \*\*Anzahl der Hübe

**Peakflow-Protokolle – Woche 7**





Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Peakflow-Werte in l/min												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
Husten*												
Atemnot*												
Auswurf*												
Andere Symptome*												
Bedarfsmedikation**												
Besonderheiten												

Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Peakflow-Werte in l/min												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
Husten*												
Atemnot*												
Auswurf*												
Andere Symptome*												
Bedarfsmedikation**												
Besonderheiten												

Medikation in dieser Woche	Medikament	Dosis
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

Medikation in dieser Woche	Medikament	Dosis
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____

\*kein = 0    gering = 1    mäßig = 2    stark = 3    \*\*Anzahl der Hübe

**Peakflow-Protokolle – Woche 10**

Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Peakflow-Werte in l/min												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
Husten*												
Atemnot*												
Auswurf*												
Andere Symptome*												
Bedarfsmedikation**												
Besonderheiten												

Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Peakflow-Werte in l/min												
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
Husten*												
Atemnot*												
Auswurf*												
Andere Symptome*												
Bedarfsmedikation**												
Besonderheiten												

Medikation in dieser Woche

Medikament

Dosis

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\*kein = 0    gering = 1    mäßig = 2    stark = 3    \*\*Anzahl der Hübe

Medikament

Dosis

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**Peakflow-Protokolle – Woche 11**



# Sie haben noch Fragen?

**Wir sind immer für Sie da,  
rund um die Uhr an 365 Tagen.**

Alles über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft:

**DAK Service-Hotline 040 325 325 555** zum Ortstarif

Allgemeine medizinische Fragen oder Fragen aus den Bereichen Kinder- und Sportmedizin:

**DAK Medizin-Hotline 040 325 325 800** zum Ortstarif

Ein Krankheitsfall im Urlaub oder im Ausland eine medizinische Frage auf dem Herzen:

**DAK Auslands-Hotline +49 40 325 325 900**

Einfach, bequem und sicher: der DAK-Onlineservice für unsere Kunden – mit persönlichem Postfach. Gleich registrieren und Aktivierungscode zuschicken lassen:

**[www.dak.de/meinedak](http://www.dak.de/meinedak)**

Persönliche Beratung online: der **DAK Beraterchat** auf **[www.dak.de/chat](http://www.dak.de/chat)**

## **DAK-Gesundheit**

Gesetzliche Krankenversicherung

Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg

**[www.dak.de](http://www.dak.de)**

**W980-0507** / Gedruckt 02/19.

Nachträglich kann es z. B. durch Gesetzesänderungen zu abweichenden Regelungen kommen. Aktuelle Auskünfte erhalten Sie in Ihrem Servicezentrum der DAK-Gesundheit.

