



**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. _____	_____

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

Medikament

Dosis

4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

Peakflow-Protokolle – Woche 1

Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
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
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 3

Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
600												
550												
500												
450												
400												
350												
300												
250												
200												
150												
100												
Husten*												
Atemnot*												
Auswurf*												
Andere Symptome*												
Bedarfsmedikation**												
Besonderheiten												

Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht

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

Medikament	Dosis
4.	_____
5.	_____
6.	_____

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

Peakflow-Protokolle – Woche 4

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

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	
	4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	
6. _____	_____	_____	_____	

Peakflow-Protokolle – Woche 5

Datum												
Tageszeit	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
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
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 6

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 8

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

Persönliche Beratung online: der **DAK Beraterchat**
auf **www.dak.de/chat**

DAK-Gesundheit

Gesetzliche Krankenversicherung

Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg

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.

