



IHR ASTHMA- PASS

Immer
alles im
Blick

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.

LIEBES MITGLIED,

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

Notieren Sie in Ihrem Asthmapass Ihre täglichen Peakflow-Werte, Ihre persönlichen Daten, Ihre Medikamente und alle Ereignisse, die Ihre Asthma-Beschwerden beeinflusst haben. So erkennen Sie frühzeitig, wenn sich Ihr Asthma verschlechtern sollte und können gleich etwas dagegen unternehmen.*

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

2

Ihre DAK-Gesundheit



HABEN SIE FRAGEN ZU IHREM ASTHMA?

Telefonische Beratung rund um die Uhr an 365 Tagen:

DAK Medizin-Hotline 040 325 325 800 zum Ortstarif

Oder besuchen Sie uns online unter

www.dak.de/dmp-asthma

*Peakflow ist englisch und bedeutet „stärkste Strömung“

PERSÖNLICHE DATEN

Name

Anschrift

Telefon/Fax

Mobil

E-Mail

MEINE HAUSÄRZTIN, MEIN HAUSARZT

Anschrift

Telefon/Fax

Mobil

BEI EINEM NOTFALL INFORMIEREN SIE BITTE

Name

Anschrift

Telefon/Fax

Mobil

NOTIZEN

.....

.....

.....

.....

WICHTIGE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN ÜBER MICH!

Bekannte Allergien:

1.
2.
3.

4

Unverträglichkeiten

Schmerz- oder Rheumamittel Penicillin

Andere

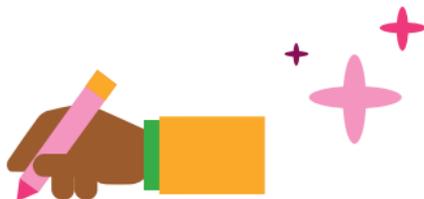
.....

.....

.....

Meine weiteren Erkrankungen

- | | |
|----|-------|
| 1. | seit: |
| 2. | seit: |
| 3. | seit: |
| 4. | seit: |
-



Meine Therapie

Bester Peakflow-Wert l/min

Regelmäßige Medikamente

1.
2.
3.
4.

5

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)

WAS TUN BEI EINEM NOTFALL?

Schnelles, sicheres Handeln ist bei einem Notfall besonders wichtig. Besprechen Sie deshalb mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, wie Sie sich bei einer Verschlechterung Ihres Asthmas verhalten sollen. Ob ein Asthmaanfall droht, erkennen Sie mit Hilfe des folgenden 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 der Ärztin oder dem Arzt besprechen, ob die Therapie angepasst werden muss
Unter 50 %	Rot 	Notfall!	Notarzt über 112 rufen!

6

MEIN NOTFALLPAN

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 Ihrer Ärztin oder 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.



Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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													

10

Medikation in
dieser Woche

Medikament

Dosis

1.
2.
3.

*kein = 0

gering = 1

mäßig = 2

stark = 3

** Anzahl der Hübe

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Peakflow-Werte in l/min	Tageszeit												
	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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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

Peakflow-Protokolle

Datum													
		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													

30

Medikation in
dieser Woche

Medikament

Dosis

1.
2.
3.

*kein = 0

gering = 1

mäßig = 2

stark = 3

** Anzahl der Hübe

NOCH FRAGEN?

WIR SIND RUND
UM DIE UHR ERREICHBAR.

DAK Service-Hotline 040 325 325 555

Für alles zu Leistungen, Beiträgen und Mitgliedschaft.

DAK Medizin-Hotline 040 325 325 800

Für allgemeine medizinische Fragen oder auch zu Kinder- und Sportmedizin. Und als Unterstützung vor und während eines Auslandsaufenthaltes.

Meine DAK

Ihr Online-Servicezentrum. Für alles, was Papierkram ist. Und für so viel mehr. Immer und überall, im Web oder per DAK App: „Meine DAK“ für die Hosentasche und Ihr Schlüssel für mehr Sicherheit bei jedem Web-Login.

Mehr erfahren: dak.de/online

Online-Beratung: dak.de/chat

DAK-Gesundheit

Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
www.dak.de



D980-0507/Stand 11/23.

Nachträglich kann es z. B. durch Gesetzesänderungen zu abweichenden Regelungen kommen.

DAK
Gesundheit
Ein Leben Lang.