



Klinik I: Erwachsene



Klinik II: Kind/Eltern

Geltungsbereich:
Klinik I
Klinik II

Formular

Peak-Flow Protokoll 20-420 (l/min)

Monat _____ Jahr _____ Peak-Flow_Normalwert (l/min): _____ Peak-Flow-Interventionswert: _____ Name _____

Datum																																					
	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di		Mi	Do	Fr					
420																																420					
400																																	400				
380																																	380				
360																																	360				
340																																	340				
320																																	320				
300																																	300				
280																																	280				
260																																	260				
240																																	240				
220																																	220				
200																																	200				
180																																	180				
160																																	160				
140																																	140				
120																																	120				
100																																	100				
80																																	80				
60																																	60				
Medikament A																																					
Medikament B																																					
Medikament C																																					
Medikament D																																					

Medikament A _____

Medikament C _____

X Messung vor der Inhalation

F: früh

Medikament B _____

Medikament D _____

O Messung 15 min. nach der Inhalation

M: mittags

A: abends