

Name: _____

PEAK FLOW-PROTOKOLL

Dr. Hans Jörg Niewerth
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Kleiberg 21, 53721 Siegburg
Telefon (0 22 41) 69 666
Fax (0 22 41) 95 89 444

Monat: _____ Jahr: _____

Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.			
600	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends	morgens mittags abends				
580																																		
560																																		
540																																		
520																																		
500																																		
480																																		
460																																		
440																																		
420																																		
400																																		
380																																		
360																																		
340																																		
320																																		
300																																		
280																																		
260																																		
240																																		
220																																		
200																																		

X = vor/ohne Akut-Medikament (Reliever)

O = nach Akut-Medikament