

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.									
800	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										
780																																								
760																																								
740																																								
720																																								
700																																								
680																																								
660																																								
640																																								
620																																								
600																																								
580																																								
560																																								
540																																								
520																																								
500																																								
480																																								
460																																								
440																																								
420																																								
400																																								

X = vor/ohne Akut-Medikament (Reliever)

O = nach Akut-Medikament