

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.		
	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			
400																																	
380																																	
360																																	
340																																	
320																																	
300																																	
280																																	
260																																	
240																																	
220																																	
200																																	
180																																	
160																																	
140																																	
120																																	
100																																	
80																																	
60																																	
40																																	
20																																	
0																																	

X = vor/ohne Akut-Medikament (Reliever)
O = nach Akut-Medikament