

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