

# Peak-Flow-Protokoll

Patientenname

Monat

Datum	Morgens		Nachmittags/Abends		Morgens		Nachmittags/Abends		Morgens		Nachmittags/Abends		Morgens		Nachmittags/Abends		Morgens		Nachmittags/Abends		
Wert	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
550																					
525																					
500																					
475																					
450																					
425																					
400																					
375																					
350																					
325																					
300																					
275																					
250																					
225																					
200																					
175																					
150																					
125																					
100																					
75																					
50																					

1 - vor der Medikamenteneinnahme  
 2 - nach der Medikamenteneinnahme

Besondere Hinweise des Arztes

Praxisstempel