

Asthma-Behandlungsplan S A P P



Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

I. Dauertherapie

Präventive Therapie

Medikament: _____ Dosis: _____ via: _____

Symptomatische Therapie

Medikament: _____ Dosis: _____ via: _____

Vor körperlicher Anstrengung bzw. in Reserve: _____

II. Vorübergehend bei Erkältung (Zunahme von Pfeifen/Husten)

Symptomatische Therapie

Medikament: _____ Dosis: _____ via: _____

III. Notfallmedikamente

Medikament: _____ Dosis: _____ via: _____

Leichter Anfall: _____

Schwerer Anfall: 1. _____

2. _____

Sollte dabei keine Besserung auftreten, kontaktieren Sie Ihren Hausarzt, den Notfallarzt oder die nächste Notfallstation eines Spitals.

Arzt: _____ Datum: _____

