

# Mein COPD-Tagebuch



Vorname, Name: \_\_\_\_\_

KW \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum								
Uhrzeit		8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20
Peak-Flow-Werte in l/Min. (ankreuzen)	600							
	500							
	400							
	300							
	200							
	100							

**Symptome** Keine = 0 gering = 1 mäßig = 2 stark = 3

Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Symptom: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bedarfsmedikation** Anzahl der Hübe

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Medikation in dieser Woche**

Name	Dosis	Name	Dosis
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	