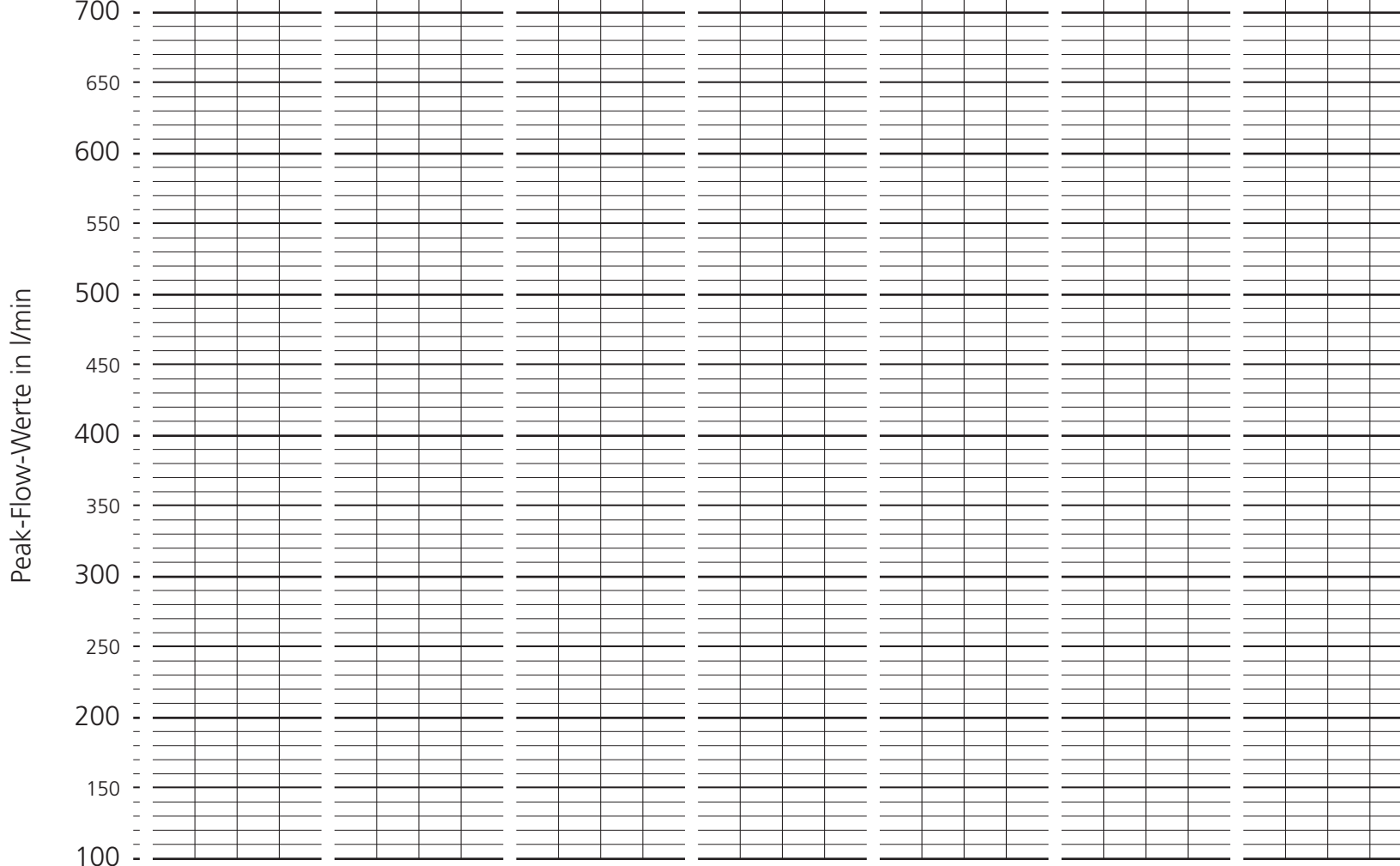


Name:

Datum

--	--	--	--	--	--	--

Uhrzeit



Husten*						
Atemnot*						
Auswurf*						
andere Symptome*						
Bedarfsmedikation: Anzahl der Hübe						

Asthmamedikation in dieser Woche

1. Name _____
Dosis _____

2. Name _____
Dosis _____

3. Name _____
Dosis _____

4. Name _____
Dosis _____

* kein = 0
gering = 1
mäßig = 2
stark = 3