Peak flow Protokoll Name: _____ Monat/Jahr: _____/_____

Tag																														
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.
l/m 60 40 20 **500** 80 60 40 20 **400** 80 60 40 20 **300** 80 60 40 20 **200** 80 60 40 20 **100** 80 60 40 20 **0**	morgens abends																													
Therapie / Bemerkungen																														