



Schüler-Asthma-Notfallplan

Für: Klasse

Das Asthma behandelnde Arzt: Tel.:

Ärztlicher Notdienst: Tel.:

Eltern: Name: Tel. (zu Hause): Tel. (Arbeit):

Name: Tel. (zu Hause): Tel. (Arbeit):

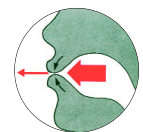
→ Asthma-Anfall

- ▲ Langsam oder plötzlich einsetzend
- ▲ Luftnot, Beklemmung
- ▲ Pfeifen
- ▲ Festsitzender Husten
- ▲ Abfall des Peak-Flow unter Liter/Minute

Das ist zu tun:

1. Stufe

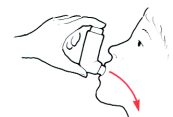
- ▲ Kutschersitz oder Torwartstellung mit Lippenbremse
- ▲ 2 bis 3 Hübe Notfallspray
- ▲ Weiter Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse



wenn nach 10 Minuten keine Besserung
(z.B. wenn Peak-Flow nicht ansteigt)

2. Stufe

- ▲ 2 bis 3 Hübe Notfallspray
- ▲ Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse
- ▲ Notfalltablette (Cortison), z.B., einnehmen



wenn nach 10 Minuten keine Besserung

3. Stufe

- ▲ Arzt und Eltern verständigen (s.o.)
- ▲ Weiter Kutschersitz/Torwartstellung mit Lippenbremse





Schüler-Asthma-Notfallplan

Bitte von den Eltern und/oder dem behandelnden Arzt ausfüllen lassen

→ Auslöser:

- | | |
|--|---|
| ☐ Körperliche Belastung | ☐ Pollen |
| ☐ Zigarettenrauch | ☐ Hausstaubmilbe |
| ☐ Infekte | ☐ Nahrungsmittel |
| ☐ Tiere | |

→ Peak-Flow

wird gemessen,
Normalwert liegt
bei l/Minute



Tägliche Dauermedikamente

.....

.....

.....

Notfallmedikamente

.....

.....

Spezielle Maß nahmen

zur Verhütung von Asthmaverschlechterungen in der Schule
(insbesondere bzgl. Sport)

.....

.....

☐ Medikamente vor Sport:

..... (Name des Kindes/Jugendlichen)
wurde im regelgerechten Gebrauch seiner Medikamente geschult und soll seine Notfall-
medikamente mit sich führen und selbstständig benutzen dürfen.

.....
Unterschrift der Eltern

.....
Datum

.....
Unterschrift des Arztes

.....
Datum