



Schüler-Asthma-Notfallplan

Für: Klasse

Das Asthma behandelnder Arzt: Tel.:

Ärztlicher Notdienst: Tel.:

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

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

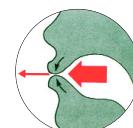
→ Asthma-Anfall

- 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



2. Stufe

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



3. Stufe

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



Eine Aktion von



in Zusammenarbeit mit



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



GESELLIGE
SCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE
ALLERGOLOGIE



GESELLIGE
SCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE
PNEUMOLOGIE UND
ALLERGOLOGIE



ARBEITSGEMEINSCHAFT
ASTHMASHULUNG
IM KINDES- UND JUGENDALTER e.V.

Asthma, Allergie & Schule



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 Maßnahmen

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