


Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Asthma-Schweregrad:  Unregelmäßig  Anhaltend leicht  Anhaltend mäßig  Anhaltend stark  
 Schülerin/Schüler hatte viele oder schwere Asthmaanfälle/Verschlimmerungen


 **Grüne Zone** Lassen Sie das Kind diese Medikamente jeden Tag einnehmen, auch wenn es sich wohl fühlt.

Benutzen Sie gemäß Anweisung immer einen Spacer mit dem Inhalator. Controller-Medikament(e): \_\_\_\_\_

Controller-Medikament(e) zu verabreichen in der Schule: \_\_\_\_\_

Notfallmedikamente: \_\_\_\_\_ Sprühstöße alle vier Stunden nach Bedarf

Sportmedikamente: \_\_\_\_\_ Sprühstöße 15 Minuten vor der Aktivität nach Bedarf

 **Gelbe Zone** Beginnen Sie mit dem Behandlungsplan im Krankheitsfall, wenn das Kind unter Husten, Keuchen, Kurzatmigkeit oder Engegefühl in der Brust leidet. Achten Sie darauf, dass das Kind alle diese Medikamente einnimmt, wenn es krank ist.

Notfallmedikamente: \_\_\_\_\_ Sprühstöße alle vier Stunden nach Bedarf


Controller-Medikament(e): \_\_\_\_\_

Weiterhin Grüne-Zone-Medikamente: \_\_\_\_\_

Hinzufügen: \_\_\_\_\_

Ändern: \_\_\_\_\_

Befindet sich das Kind länger als 24 Stunden in der gelben Zone oder verschlimmert sich der Zustand, folgen Sie der roten Zone und rufen Sie sofort den Arzt!

 **Rote Zone** Wenn die Atmung schwer und schnell ist, die Rippen hervorstehen, bei Schwierigkeiten beim Gehen, Sprechen oder Schlafen.

**Sofort Hilfe holen**

**Sofort Notfallmedikamente verabreichen**

Notfallmedikamente: \_\_\_\_\_ Sprühstöße alle \_\_\_\_\_

Einnahme/Verabreichung: \_\_\_\_\_

**Wenn es dem Kind nicht sofort besser geht, wählen Sie den Notruf unter 911**

Bitte rufen Sie immer den Arzt an, wenn sich Ihr Kind in der roten Zone befindet.

Asthma-Auslöser: (Liste)

**Schulpersonal:** Befolgen Sie die Pläne für die gelbe und rote Zone für Notfallmedikamente entsprechend den Asthmasymptomen. Wenn nicht anders angegeben, dürfen nur die in der grünen Zone als „in der Schule zu verabreichen“ gekennzeichneten Controller-Medikamente in der Schule angewendet werden.

- Sowohl der Asthmabetreuer als auch die Eltern sind der Meinung, dass das Kind seine Inhalatoren bei sich tragen und selbst anwenden kann
- Der Schulkrankendienst ist damit einverstanden, dass die Schülerin bzw. der Schüler die Inhalatoren selbst anwenden kann

Name des Asthmabetreuers in Druckbuchstaben und Kontaktinformationen:

Unterschrift des Asthmabetreuers:

Datum:

**Eltern/Erziehungsberechtigter:** Ich erteile die schriftliche Erlaubnis, dass die im Aktionsplan aufgeführten Medikamente in der Schule vom Schulkrankendienst oder ggf. von anderen Mitgliedern der Schule verabreicht werden dürfen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der verschreibende Arzt bzw. die Klinik, das Schulkrankenpersonal, der Schulkrankendienst und die schulärztlichen Dienste, die für die Behandlung von Asthma und die Verabreichung dieses Medikaments erforderlich sind, die notwendigen Informationen austauschen.

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Durch Schulkrankendienst geprüft:

Datum:

Datum:

*Senden Sie eine unterschriebene Kopie an den oben genannten Anbieter zurück.*