



Asthmakontrolltest

Ermitteln Sie Ihren Asthma-Wert

25 Punkte – Herzlichen Glückwunsch!

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen **vollständig unter Kontrolle**. Sie hatten keine Beschwerden und waren in keiner Weise durch Ihr Asthma eingeschränkt. Sprechen Sie regelmäßig mit Ihrem Arzt um die bestmögliche Kontrolle zu halten.

20 bis 24 Punkte – Im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich **gut unter Kontrolle**, aber **nicht vollständig**. Ihr Arzt kann Ihnen dabei helfen, eine möglichst **vollständige Kontrolle** zu erreichen.

Weniger als 20 Punkte – Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich **nicht unter Kontrolle**. Ihr Arzt kann Ihnen Maßnahmen empfehlen, die Ihnen helfen, Ihr Asthma besser unter Kontrolle zu bekommen.

Mit freundlicher Unterstützung:



Germany / German
© 2002, by QualityMetric Incorporated.
Asthma Control Test is a trademark
of QualityMetric Incorporated.
www.asthmakontrolltest.de
www.luft-zum-leben.de



Asthmakontrolltest

Fragebogen zur Asthmakontrolle – ACT™

Dieser Test kann Menschen mit Asthma (12 Jahre und älter) dabei helfen, einzuschätzen, wie gut sie ihr Asthma unter Kontrolle haben.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die entsprechende Antwort an. Es gibt insgesamt 5 Fragen.

Sie können die Gesamtpunktzahl für den Fragebogen zur Asthmakontrolle ermitteln, indem Sie die Punkte für Ihre Antworten zusammenzählen. Sprechen Sie auf jeden Fall mit Ihrem Arzt über das Ergebnis. Auf der Rückseite erfahren Sie, was Ihre Punkt-zahl bedeutet.

1. Schritt: Kreuzen Sie bei jeder Frage die auf Sie zutreffende Antwort an und tragen Sie die Punktzahl in das Kästchen rechts ein.

Antworten Sie bitte so ehrlich wie möglich. Das hilft Ihnen und Ihrem Arzt, über Ihr Asthma zu sprechen und herauszufinden, wie stark Ihr Asthma tatsächlich ist.

2. Schritt: Zählen Sie Ihre Punkte zusammen, um einen Gesamtwert zu erhalten.

3. Schritt: Auf der Rückseite erfahren Sie, was Ihre Punktzahl bedeutet.

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| Immer | Meistens | Manchmal | Selten | Nie | Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> |

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------|
| Mehr als einmal am Tag | Einmal am Tag | 3 bis 6 Mal pro Woche | Ein- oder zweimal pro Woche | Überhaupt nicht | Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> |

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmbeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------|
| 4 oder mehr Nächte pro Woche | 2 oder 3 Nächte pro Woche | Einmal pro Woche | Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen | Überhaupt nicht | Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> |

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------|
| 3 Mal am Tag oder öfter | 1 oder 2 Mal am Tag | 2 oder 3 Mal pro Woche | Einmal pro Woche oder weniger | Überhaupt nicht | Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> |

5 Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| Überhaupt nicht | Schlecht | Einigermaßen | Gut | Völlig | Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> |

Name _____ Datum _____

Summe