



## Fragebogen zur Asthmakontrolle

Name: \_\_\_\_\_ Patienten-Nummer: \_\_\_\_\_

Dieser Test kann Ihnen und uns dabei helfen einzuschätzen, wie gut Sie ihr Asthma in den letzten 4 Wochen unter Kontrolle hatten.

Kreuzen Sie bitte bei den unten aufgeführten Fragen jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an (bitte jeweils nur eine Antwort ankreuzen).

### 1. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Mehr als 1x am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6x pro Woche	1 oder 2x pro Woche	Überhaupt nicht	
1	2	3	4	5	

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

3x am Tag oder öfter	1 oder 2x am Tag	2 oder 3x pro Woche	1x pro Woche	Überhaupt nicht	
1	2	3	4	5	

### 3. 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	
1	2	3	4	5	

### 4. Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	1x pro Woche	1- 2x in den letzten 4 Wochen	Überhaupt nicht	
1	2	3	4	5	

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

Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen	Gut	Völlig	
1	2	3	4	5	

Gesamt: \_\_\_\_\_