

Fragebogen Asthma

Patient

Datum:

Liebe Patientin, lieber Patient

Bei Patienten mit einem Asthma ist die subjektive Einschätzung der Beschwerden wichtig. Wir bitten Sie deshalb, untenstehenden Fragebogen („Asthma Control Test“, ACT) auszufüllen.

<p>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?</p>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
<p>2. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?</p>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6 Mal pro Woche	Ein- oder zweimal pro Woche	Überhaupt nicht
<p>3. Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?</p>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<p>4. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfall- / Bedarfsmedikament zur Inhalation eingesetzt?</p>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Mal am Tag oder öfter	Ein- oder zweimal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche	Einmal pro Woche oder weniger	Überhaupt nicht
<p>5. Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?</p>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermassen	Gut	Völlig