



ASTHMA-CONTROLL-TEST ACT

- Ich denke an das Asthma von mir / meinem Kind **in den letzten 4 Wochen**
- Wie weit ist das Asthma **wirklich unter Kontrolle??**
- Ich mache diesen Test **alle 3 Monate** – 4x pro Jahr!

Name: _____, geb.: _____

1) Wie oft hat mich das Asthma in den letzten 4 Wochen im Alltag eingeschränkt? ... beim Spielen / Sport, in KIGA / Schule ...					Datum:	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
immer 1	meist 2	manchmal 3	selten 4	nie 5	➔				
2) Wie oft war ich in den letzten 4 Wochen kurzatmig?									
>1x/Tag 1	1x/Tag 2	3-6x/Wo 3	1-2x/Wo 4	nie 5	➔				
3) Wie oft bin ich in den letzten 4 Wochen wegen des Asthmas während der Nacht oder früher am Morgen aufgewacht? (durch Husten, Pfeifen, Kurzatmigkeit, Enge in der Brust)									
mind. 4x/Wo 1	2-3x/Wo 2	1x/Wo 3	1-2x 4	nie 5	➔				
4) Wie oft habe ich in den letzten 4 Wochen zusätzliche Inhalationen mit Sulfanil („Befreier“) gebraucht?									
mind. 3x/Tag 1	1-2x/Tag 2	2-3x/Wo 3	bis 1x/Wo 4	nie 5	➔				
5) Wie gut hatte ich in den letzten 4 Wochen mein Asthma unter Kontrolle?									
gar nicht 1	schlecht 2	etwas 3	gut 4	völlig 5	➔				
Summe:									

Step up ! bis 15 Punkte Handlungsbedarf!	?? 16-20 Punkte Verbesserung möglich?	21-25 Punkte Weiter so!