

COPD Assessment Test (CAT)

Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie bitte nur eine Möglichkeit an.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Ich huste nie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich huste ständig |
| Ich bin überhaupt nicht verschleimt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin völlig verschleimt |
| Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust |
| Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem |
| Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt |
| Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen |
| Ich schlafe tief und fest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest |
| Ich bin voller Energie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe überhaupt keine Energie |

SUMME: _____