

Asthma Control Test (ACT)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Die Fragen beziehen sich auf Ihre Beschwerden in den letzten 4 Wochen.

Frage 1: Wie lange 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?

<input type="checkbox"/> Die ganze Zeit	<input type="checkbox"/> Die meiste Zeit	<input type="checkbox"/> Einen Teil der Zeit	<input type="checkbox"/> Einen kleinen Teil der Zeit	<input type="checkbox"/> Nie
---	--	--	--	------------------------------

Frage 2: Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit/Atemnot gelitten?

<input type="checkbox"/> Mehr als einmal am Tag	<input type="checkbox"/> Einmal am Tag	<input type="checkbox"/> 3 bis 6 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> Ein- oder zweimal pro Woche	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
---	--	--	--	--

Frage 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?

<input type="checkbox"/> 4 oder mehr Nächte pro Woche	<input type="checkbox"/> 2 bis 3 Nächte pro Woche	<input type="checkbox"/> Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> Ein- oder zweimal im Monat	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
---	---	---	---	--

Frage 4: Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Dosieraerosol, Trockeninhalation) eingesetzt?

<input type="checkbox"/> 3 Mal oder öfter am Tag	<input type="checkbox"/> 1 oder 2 Mal am Tag	<input type="checkbox"/> 2 oder 3 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> Einmal pro Woche oder seltener	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht
--	--	---	---	--

Frage 5: Wie bewerten Sie Ihre Asthmakontrolle in den letzten 4 Wochen?

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht kontrolliert	<input type="checkbox"/> Schlecht kontrolliert	<input type="checkbox"/> Etwas kontrolliert	<input type="checkbox"/> Gut kontrolliert	<input type="checkbox"/> Vollkommen kontrolliert
---	---	--	--	---

Auswertung: (Bitte nicht ausfüllen)

0-15 Punkte: Die Asthma-Symptome sind möglicherweise sehr schlecht kontrolliert.

16-19 Punkte: Die Asthma-Symptome sind möglicherweise schlecht kontrolliert.

20-25 Punkte: Die Asthma-Symptome sind möglicherweise gut kontrolliert.

Gesamtpunktzahl: _____