



1.2.1 Anamnese

- ACT

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?	Immer <input type="checkbox"/> 1	Meistens <input type="checkbox"/> 2	Manchmal <input type="checkbox"/> 3	Selten <input type="checkbox"/> 4	Nie <input type="checkbox"/> 5	Punkte <input type="text"/>
2	Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?	Mehr als einmal am Tag <input type="checkbox"/> 1	Einmal am Tag <input type="checkbox"/> 2	3 bis 6 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
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?	4 oder mehr Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 1	2 oder 3 Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 2	Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
4	Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?	3 Mal am Tag oder öfter <input type="checkbox"/> 1	1 oder 2 Mal am Tag <input type="checkbox"/> 2	2 oder 3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Einmal pro Woche oder weniger <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
5	Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 1	Schlecht <input type="checkbox"/> 2	Einigermaßen <input type="checkbox"/> 3	Gut <input type="checkbox"/> 4	Völlig <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
Name _____ Datum _____							Summe <input type="text"/>

Ermitteln Sie Ihren Asthma-Wert

25 Punkte – Herzlichen Glückwunsch!

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen **vollständig unter Kontrolle**. Sie hatten keine Beschwerden und waren in keiner Weise durch Ihr Asthma eingeschränkt. Sprechen Sie regelmäßig mit Ihrem Arzt um die bestmögliche Kontrolle zu halten.

20 bis 24 Punkte – Im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich **gut unter Kontrolle**, aber **nicht vollständig**. Ihr Arzt kann Ihnen dabei helfen, eine möglichst **vollständige Kontrolle** zu erreichen.

Weniger als 20 Punkte – Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich **nicht unter Kontrolle**. Ihr Arzt kann Ihnen Maßnahmen empfehlen, die Ihnen helfen, Ihr Asthma besser unter Kontrolle zu bekommen.