

Asthmakontrolltest (ACT)

Name: Vorname:

Geburtsdatum: ausgefüllt am:

Wählen Sie bei jeder Frage die Antwort aus, die am besten auf Sie zutrifft und kreuzen Sie das Kästchen mit der entsprechenden Punktzahl an. Antworten Sie so ehrlich wie möglich. Das hilft Ihnen und Ihrem Arzt, über Ihr Asthma zu sprechen und herauszufinden, wie weit Sie Ihr Asthma wirklich unter Kontrolle haben.

										Punkte
1. Wie oft hat Ihr <u>Asthma</u> Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/ im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?										
Immer	1	Meistens	2	Manchmal	3	Selten	4	Nie	5	
2. Wie oft haben Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> unter Kurzatmigkeit gelitten?										
Mehr als einmal am Tag	1	Einmal am Tag	2	3 bis 6 Mal pro Woche	3	Ein- oder zweimal pro Woche	4	Überhaupt nicht	5	
3. Wie oft sind Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> wegen Ihrer <u>Asthmabeschwerden</u> (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	1	2 oder 3 Nächte pro Woche	2	Einmal pro Woche	3	Ein- oder zweimal	4	Überhaupt nicht	5	
4. Wie oft haben Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler, wie z.B. Salbutamol) eingesetzt?										
3 Mal oder öfter am Tag	1	1 oder 2 Mal am Tag	2	2 oder 3 Mal pro Woche	3	Einmal pro Woche oder weniger	4	Überhaupt nicht	5	
5. Wie gut hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> Ihr <u>Asthma</u> unter Kontrolle?										
Überhaupt nicht	1	Schlecht	2	Etwas	3	Gut	4	Völlig	5	
Summe:										