

Asthmakontrolltest (ACT)

Datum

Name, Vorname

Geburtsdatum

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?

Die ganze Zeit	Die meiste Zeit	Einen Teil der Zeit	Einen kleinen Teil der Zeit	Nie
----------------	-----------------	---------------------	-----------------------------	-----

Wie oft haben Sie in den **letzten 4 Wochen** unter Kurzatmigkeit/Atemnot gelitten?

Mehr als einmal am tag	Einmal am Tag	3 bis Mal pro Woche	1 oder 2 Mal pro Woche	Überhaupt nicht
------------------------	---------------	---------------------	------------------------	-----------------

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	2-3 Nächte pro Woche	Einmal pro Woche	Ein- oder zweimal	Überhaupt nicht
------------------------------	----------------------	------------------	-------------------	-----------------

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

3 Mal oder öfter am Tag	1 oder 2 Mal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche	Einmal pro Woche oder seltener	Überhaupt nicht
-------------------------	---------------------	------------------------	--------------------------------	-----------------

Wie bewerten Sie Ihre Asthmakontrolle in den **letzten 4 Wochen**?

Überhaupt nicht kontrolliert	Schlecht kontrolliert	Etwas kontrolliert	Gut kontrolliert	Vollkommen kontrolliert
------------------------------	-----------------------	--------------------	------------------	-------------------------