		1.2.1 (1) Anamnese
		ACT-Test	Ziel 1 Kernziel
Lungenzentrum-Nordschwaben Pneumologische Praxis und Schlaflabor Dr. Wolfgang Hübner		Formular	1.2.1(1) dok

Asthmakontrolltest (ACT 25) Testen Sie selbst, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben!

Name _____ Geburtsdatum _____
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Dieser Test kann mit 5 Fragen Ihnen und uns die Beurteilung erleichtern, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben.

Wie funktioniert der Test?

1. Schritt:

Drucken Sie den Fragebogen aus!

Kreuzen Sie bei jeder Frage die auf Sie zutreffende Antworten an und tragen Sie die Zahl in das Kästchen rechts ein. Antworten Sie bitte so ehrlich wie möglich. Das hilft Ihnen und uns, über Ihr Asthma zu sprechen und herauszufinden, wie stark Ihr Asthma tatsächlich ist.

2. Schritt:

Zählen Sie Ihre Punkte zusammen, um den **Gesamtwert** zu erhalten.

3. Schritt:

Unten erfahren Sie, was der erreichte Gesamtwert bedeutet.

Auswertung:

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 uns, um die beste mögliche Kontrolle aufrecht zu erhalten.



20 bis 24 Punkte - im Zielbereich!

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich gut unter Kontrolle, aber nicht vollständig. Wir können Ihnen dabei helfen, eine mögliche vollständige Kontrolle zu erreichen.

Weniger als 20 Punkte - Verbesserungsbedarf!

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich nicht unter Kontrolle. Wir können Ihnen Maßnahmen empfehlen, die Ihnen helfen, Ihr Asthma besser unter Kontrolle zu haben.

Dateiname:	1.2.1 (1) Dok_V1.0 ACT-Test.doc		Seite 1 von 2
Erstellt:	Bettina Wagner	am: 04.08.2012	Version: 1.0
Geprüft:	Dr. Wolfgang Hübner	am: 04.08.2012	gültig ab: 04.08.2012
Freigegeben:	Dr. Wolfgang Hübner	am: 04.08.2012	

			1.2.1 (1) Anamnese
		ACT-Test	Ziel 1 Kernziel
Lungenzentrum-Nordschwaben Pneumologische Praxis und Schlaflabor Dr. Wolfgang Hübner		Formular	1.2.1(1) dok

(1)

Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

1		2		3		4		5		
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--

(2)

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

Mehr als 3- bis 6mal 1- bis 2mal überhaupt

einmal am Tag einmal am Tag pro Woche pro Woche nicht

1		2		3		4		5		
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--

(3)

Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Atembeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

1		2		3		4		5		
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--

(4)

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament eingesetzt?

1		2		3		4		5		
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--

(5)

Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Überhaupt Nicht schlecht einigermaßen gut völlig

1		2		3		4		5		
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--

Gesamt:

Dateiname:	1.2.1 (1) Dok_V1.0 ACT-Test.doc	Seite 2 von 2
Erstellt:	Bettina Wagner	am: 04.08.2012
Geprüft:	Dr. Wolfgang Hübner	am: 04.08.2012
Freigegeben:	Dr. Wolfgang Hübner	am: 04.08.2012
		Version: 1.0
		gültig ab: 04.08.2012