

Asthma-Kontrolltest

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Wie oft hat das Asthma Ihr Kind in den letzten 4 Wochen daran gehindert, in der Schule oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst bzw. so aktiv und spielfreudig wie sonst zu sein (Kita, Spielplatz, Garten)?

1 Immer 2 Meistens 3 Manchmal 4 Selten 5 Nie

2. Wie oft hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

1 > 1x/Tag 2 1x/Tag 3 3-6x pro Woche 4 1-2x pro Woche 5 Nie

3. Wie oft ist Ihr Kind in den letzten 4 Wochen aufgrund von Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht (Nächte zählen)?

1 Mindest. 4x/Woche 2 2-3x pro Woche 3 1x/Woche 4 1-2x in 4 Wochen 5 Nie

4. Wie oft musste in den letzten 4 Wochen das Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt werden?

1 Mindest. 3x/Tag 2 1-2x/Tag 3 2-3x/Woche 4 Maximal 1x/Woche 5 Nie

5. Wie gut hatten Sie das Asthma Ihres Kindes in den letzten 4 Wochen unter Kontrolle?

1 Gar nicht 2 Schlecht 3 Einigermaßen 4 Gut 5 Völlig

Gesamtpunktzahl:

Unterschrift