



## PATIENT:

Datum:

## ASTHMA – CONTROL – TEST (ACT)

1. Wie oft hat das Asthma Sie in den letzten 4 Wochen bei der Arbeit, in der Schule oder bei Hausarbeiten daran gehindert soviel zu erledigen wie sonst?

Immer	1	Meistens	2	Manchmal	3	Selten	4	Nie	5
-------	---	----------	---	----------	---	--------	---	-----	---

2. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen kurzatmig?

Mehr als einmal pro Tag	1	Einmal am Tag	2	3 bis 6 Mal pro Woche	3	Ein bis zweimal pro Woche	4	Überhaupt nicht	5
-------------------------	---	---------------	---	-----------------------	---	---------------------------	---	-----------------	---

3. Wie häufig sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Asthmabeschwerden (Husten, Atemnot, Lurzatmigkeit, Engegefühl) in der Nacht erwacht oder am morgen früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche	1	2 oder 3 Nächte pro Wochen	2	Einmal pro Woche	3	Ein- oder zweimal	4	Überhaupt nicht	5
------------------------------	---	----------------------------	---	------------------	---	-------------------	---	-----------------	---

4. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen das Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt (z.B. Ventolin oder Symbicort)?

3 Mal am Tag oder öfter	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 letzten 4 Wochen das Asthma unter Kontrolle?

Überhaupt nicht	1	Schlecht	2	Einigermassen	3	Gut	4	völlig	5
-----------------	---	----------	---	---------------	---	-----	---	--------	---

Total: \_\_\_\_\_ Punkte

Norm > 20