



## SELBSTTEST ASTHMA

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Führen Sie gelegentlich eine Enge in der Brust oder kommt es vor, dass Sie pfeifende, rasselnde oder quitschende Geräusche beim Atmen hören           | ja | nein |
| 2. Wachen Sie gelegentlich nachts auf und müssen husten und/oder bekommen Sie schlecht Luft?   | ja | nein |
| 3. Meiden Sie Zigarettenrauch, intensive Essensgerüche, kalte Luft oder abgasbelastete Straßen, weil Sie dann schlecht Luft bekommen oder husten müssen? | ja | nein |
| 4. Müssen Sie niesen, husten, bekommen schlechter Luft als sonst,  |    |      |
| - wenn Sie in die Nähe von Tieren kommen oder sie berühren?  | ja | nein |
| - wenn im Frühjahr Gräser, Büsche oder Bäume blühen?   | ja | nein |
| - wenn Sie Staubsaugen oder die Betten ausschütteln?   | ja | nein |
| 5. Vermeiden Sie anstrengende Tätigkeiten (z.B. Einkäufe tragen, Gartenarbeit, Sport...), weil sie Ihnen schwer fallen und Husten auslösen?              | ja | nein |

### **Asthma - Beschwerden trotz Behandlung?**

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Werden Sie trotz Asthma-Behandlung nachts häufiger durch Husten oder Atemnot wach?   | ja | nein |
| 2. Haben Sie, obwohl Sie Ihre Medikamente regelmäßig einnehmen, den Eindruck, dass Sie öfter als einmal im Monat deutliche Beschwerden bis hin zur Atemnot haben? | ja | nein |
| 3. Merken Sie, dass sich die Beschwerden in der letzten Zeit trotz Behandlung wieder verstärken?  | ja | nein |
| 4. Mussten Sie trotz Behandlung wegen akuter Symptome in der letzter Zeit in das Krankenhaus oder zum Notarzt?  | ja | nein |
| 5. Haben Sie in letzter Zeit Ihre Bedarfs- bzw. Notfallmedikamente vermehrt einnehmen müssen (mehr als vier mal pro Tag)?   | ja | nein |
| 6. Falls Sie selber Peak.Flow-Messungen durchführen:<br>Weisen insbesondere Ihre morgendlichen Peak-Flow-Werte starke Schwankungen auf?                           | ja | nein |