

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Strasse/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Patienten-Name: \_\_\_\_\_

Dieser Test ergibt einen Wert (Punktzahl), der dem behandelnden Arzt bei der Bestimmung hilfreich sein kann, ob der Asthma-Behandlungsplan wirksam ist oder ob eine Anpassung notwendig ist.

## WIE WIRD DER ASTHMA-KONTROLL-TEST GEMACHT?

**Schritt 1:** Lassen Sie Ihr Kind die Fragen 1 bis 4 beantworten. Bei Verständnisproblemen oder Leseschwierigkeiten können Sie Ihrem Kind helfen. Ihr Kind soll aber die Antwort selbstständig wählen. Beantworten Sie die verbleibenden 3 Fragen (5 bis 7) ohne sich durch die Antworten Ihres Kindes beeinflussen zu lassen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

**Schritt 2:** Übertragen Sie die Zahl jeder Antwort in die Punktzahl-Box.

**Schritt 3:** Zählen Sie alle Werte in den Punktzahl-Boxen zusammen, um das Total zu erhalten.

**Schritt 4:** Nehmen Sie den Test mit zu Ihrem Hausarzt und besprechen Sie die Gesamtpunktzahl Ihres Kindes.

**19**  
oder  
weniger

Ist die Gesamtpunktzahl 19 oder kleiner, kann das bedeuten, dass das Asthma Ihres Kindes nicht so gut kontrolliert ist wie es sein könnte. Nehmen Sie den Test mit zum Ihrem behandelnden Arzt und besprechen Sie das Ergebnis mit ihm.

## LASSEN SIE IHR KIND DIESE FRAGEN BEANTWORTEN:

1. Wie ist dein Asthma heute?



0

sehr schlecht



1

schlecht



2

gut



3

sehr gut

2. Wie schlimm ist dein Asthma beim Rennen, Trainieren oder beim Sport?



0

sehr schlimm, ich kann nicht machen was ich möchte



1

schlimm und ich mag das nicht



2

nicht so schlimm, ok



3

überhaupt nicht schlimm

3. Hustest du wegen deinem Asthma?



0

ja, immer



1

ja, meistens



2

ja, manchmal



3

nein, nie

4. Wachst du in der Nacht wegen deinem Asthma auf?



0

ja, immer



1

ja, meistens



2

ja, manchmal



3

nein, nie

## BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN SELBST:

5. An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den **letzten 4 Wochen** tagsüber Asthma-Symptome?

5

überhaupt nicht

4

1-3 Tage

3

4-10 Tage

2

11-18 Tage

1

19-24 Tage

0

jeden Tag

6. An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den **letzten 4 Wochen** wegen des Asthmas pfeifende Atemgeräusche?

5

überhaupt nicht

4

1-3 Tage

3

4-10 Tage

2

11-18 Tage

1

19-24 Tage

0

Jeden Tag

7. An wie vielen Tagen ist Ihr Kind in den **letzten 4 Wochen** nachts wegen des Asthmas aufgewacht?

5

überhaupt nicht

4

1-3 Tage

3

4-10 Tage

2

11-18 Tage

1

19-24 Tage

0

Jeden Tag

PUNKTE








TOTAL

adaptiert von «Childhood Asthma Control Test/Asthmakontrolltest für Kinder» © GlaxoSmithKline www.asthma.com/www.luft-zum-leben.de

Dieses Merkblatt ist als Bestandteil des Kurses «Allergie im pädiatrischen Alltag» entstanden und für Ärzte bestimmt. Es entbindet nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht.