

Test zur Kontrolle von Asthma und allergischer Rhinitis

Bitte kreuzen Sie an ().

Es handelt sich um Ihre (allergischen) Atembeschwerden (Asthma, Rhinitis, Allergie)

In den letzten 4 Wochen : Wie oft	nie	1 ou 2 Tage pro Woche	öfter als 2 Tage pro Woche	(fast) jeden Tag
1. war ihre Nase verstopft?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. mussten Sie niesen?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. fühlten Sie ein Jucken in der Nase?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. tropfte/lief Ihnen die Nase	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. spürten Sie Luftmangel/Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. hörten Sie beim Atmen ein Pfeifen in der Brust?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. empfanden Sie bei körperlicher Anstengung einen Druck in der Brust?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. fühlten Sie sich abgeschlagen und hatten Schwierigkeiten, die Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. wachten Sie nachts auf?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
In den letzten 4 Wochen , wie oft mussten Sie, wegen Ihre (allergischen) Atembeschwerden (Asthma, Rhinitis, Allergie):	Ich nehme keine Medikamente	Nie	Weniger als 7 Tage	7 oder mehr Tage
10. die Dosierung Ihrer Medikamente erhöhen?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0