

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 |