



**Dr. med. Andreas Deimling**

**Dr. med. Barbara Volger**

Innere Medizin

Pneumologie

Allergologie

Medizinische Begutachtung

Schlafmedizin

---

Schwarzer Weg 4

24837 Schleswig

Tel. 04621 – 24434

Fax 04621 – 24099

## **Asthmakontrolltest (ACT 25)**

**Testen Sie selbst,  
wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben!**

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Dieser Test kann mit 5 Fragen Ihnen und uns die Beurteilung erleichtern, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben.

### **Wie funktioniert der Test?**

#### **1. Schritt:**

Kreuzen Sie bei jeder Frage die auf Sie zutreffende Antworten an und tragen Sie die Zahl in das Kästchen rechts ein. Antworten Sie bitte so ehrlich wie möglich. Das hilft Ihnen und uns, über Ihr Asthma zu sprechen und herauszufinden, wie stark Ihr Asthma tatsächlich ist.

#### **2. Schritt:**

Zählen Sie Ihre Punkte zusammen, um den **Gesamtwert** zu erhalten.

#### **3. Schritt:**

Unten erfahren Sie, was der erreichte Gesamtwert bedeutet.

### ***Auswertung:***

#### **25 Punkte - Herzlichen Glückwunsch!**

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen vollständig unter Kontrolle. Sie hatten keine Beschwerden und waren in keiner Weise durch Ihr Asthma eingeschränkt. Sprechen Sie regelmäßig mit uns, um die beste mögliche Kontrolle aufrecht zu erhalten.

#### **20 bis 24 Punkte - im Zielbereich!**

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich gut unter Kontrolle, aber nicht vollständig. Wir können Ihnen dabei helfen, eine mögliche vollständige Kontrolle zu erreichen.

#### **Weniger als 20 Punkte - Verbesserungsbedarf!**

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich nicht unter Kontrolle. Wir können Ihnen Maßnahmen empfehlen, die Ihnen helfen, Ihr Asthma besser unter Kontrolle zu bekommen.

## **Asthmakontrolltest – ACT 25**

(1)

**Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?**

Immer  
 **1**

meistens  
 **2**

manchmal  
 **3**

selten  
 **4**

nie  
 **5**

Meine Punkte

(2)

**Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?**

Mehr als  
einmal am Tag  
 **1**

einmal am Tag  
 **2**

3- bis 6mal  
pro Woche  
 **3**

1- bis 2mal  
pro Woche  
 **4**

überhaupt  
nicht  
 **5**

Meine Punkte

(3)

**Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Atembeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?**

4 oder mehr Nächte  
pro Woche  
 **1**

2 – 3 Nächte  
pro Woche  
 **2**

einmal  
pro Woche  
 **3**

1- bis 2mal  
im letzten Monat  
 **4**

überhaupt  
nicht  
 **5**

Meine Punkte

(4)

**Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament eingesetzt?**

3mal am Tag  
und öfter  
 **1**

1- bis 2mal  
am Tag  
 **2**

2- oder 3 mal  
pro Woche  
 **3**

einmal pro Woche  
oder weniger  
 **4**

überhaupt  
nicht  
 **5**

Meine Punkte

(5)

**Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?**

Überhaupt Nicht  
 **1**

schlecht  
 **2**

einigermaßen  
 **3**

gut  
 **4**

völlig  
 **5**

Meine Punkte

**Gesamtpunktzahl**

Summe