

## Asthmatest

Habe ich Asthma?

Ja

1. Fühlen Sie gelegentlich eine Enge in der Brust?  
oder  
Kommt es vor, dass Sie pfeifende, rasselnde  
oder quietschende Geräusche beim Atmen hören? \_\_\_\_\_
2. Wachen Sie gelegentlich nachts auf und müssen  
husten und/oder bekommen Sie schlecht Luft? \_\_\_\_\_
3. Meiden Sie Zigarettenrauch, intensive Essensgerüche,  
kalte Luft oder auch abgasbelastete Straßen, weil Sie  
dann schlecht Luft bekommen oder husten müssen? \_\_\_\_\_
4. Müssen Sie niesen, husten, bekommen schlechter Luft  
als sonst,
  - wenn Sie in die Nähe von Tieren kommen oder diese berühren?
  - wenn im Frühjahr Gräser, Büsche oder Bäume blühen?
  - wenn Sie Staub saugen oder die Betten ausschütteln? \_\_\_\_\_
5. Vermeiden Sie anstrengende Tätigkeit (zum Beispiel Einkäufe  
tragen, Gartenarbeit, Sport), weil sie Ihnen schwer fallen und  
husten auslösen? \_\_\_\_\_

## Asthma – Beschwerden trotz Behandlung?

1. Werden Sie nachts häufiger durch Husten oder Atemnot wach? \_\_\_\_\_
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? \_\_\_\_\_
3. Merken Sie, dass sich die Beschwerden in der letzten Zeit trotz  
Behandlung wieder verstärken? \_\_\_\_\_
4. Mussten Sie trotz Behandlung wegen akuter Symptome in der  
letzten Zeit in das Krankenhaus oder zum Notarzt? \_\_\_\_\_
5. Haben Sie in letzter Zeit Ihr Bedarfs- bzw. Notfallmedikament  
vermehrt einnehmen müssen (mehr als viermal pro Tag)? \_\_\_\_\_
6. Falls Sie selbst Peak-Flow-Messungen durchführen:  
Weisen insbesondere Ihre morgendlichen Peak-Flow-Werte starke  
Schwankungen auf? \_\_\_\_\_