

Fragebogen zur Asthmakontrolle

Name, Vorname _____

geboren am: _____

Datum: _____

	Häufiger als 2x wöchentlich	2x wöchentlich	1x wöchentlich	<1x wöchentlich	keine
In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit der Asthmasymptome tagsüber (Luftnot, Husten, Pfeifen, Druck auf Brust)					
In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation (Notfallspray)					

In den letzten 4 Wochen: Einschränkungen von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja	Nein
Asthmabedingte Störungen des Nachtschlafes	Ja	Nein

Fragebogen zur Asthmakontrolle

Name, Vorname _____

geboren am: _____

Datum: _____

	Häufiger als 2x wöchentlich	2x wöchentlich	1x wöchentlich	<1x wöchentlich	keine
In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit der Asthmasymptome tagsüber (Luftnot, Husten, Pfeifen, Druck auf Brust)					
In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation (Notfallspray)					

In den letzten 4 Wochen: Einschränkungen von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja	Nein
Asthmabedingte Störungen des Nachtschlafes	Ja	Nein