

## Auswertung des Asthma-Allergie-Tests

Nehmen Sie sich etwa 10 Minuten Zeit. Beantworten Sie sechs Fragen zu Ihrer Asthmakontrolle. Machen Sie sich **mit den 4 zusätzlichen Fragen** zudem Gedanken zu Ihren allergisch bedingten Beschwerden und Ihrer Lebensqualität. Zählen Sie die Punkte der Fragen 1–6 Ihres Tests zusammen. Beurteilen Sie anhand Ihrer Gesamtzahl Ihre Asthmakontrolle.

### Auswertung:



0 1 2 3 4 5 6 7 8 ... 36 Punktezahl

### Grün: 0–2 Punkte:

Ihr Asthma ist gut kontrolliert.

### Gelb: 3–5 Punkte:

Ihre Asthmakontrolle ist sehr wahrscheinlich nicht optimal. Besprechen Sie Ihre Situation beim nächsten Termin mit dem Arzt oder Apotheker.

### Rot: 6 Punkte und mehr:

Ihr Asthma ist sehr wahrscheinlich nicht kontrolliert. Wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker, um Ihre Asthmakontrolle zu verbessern.

Nehmen Sie diesen Test mit zu Ihrem Arzt. Ihre Antworten in den Fragen 7–10 helfen Ihnen und Ihrem Arzt oder Apotheker zusätzlich, sich ein umfassendes Bild Ihrer Situation zu machen.

Der Fragebogen online oder weitere Informationen auch unter:  
[www.asthma-allergie-test.ch](http://www.asthma-allergie-test.ch) oder [www.ahaswiss.ch](http://www.ahaswiss.ch).

## Allergisch? *aha!* hilft weiter

*aha!* Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma ist eine unabhängige Anlaufstelle für Menschen mit allergischen Erkrankungen. Mit einfach verständlichen Informationen sowie telefonischer Beratung für Betroffene und Interessierte hilft *aha!* rasch und unkompliziert weiter. Zudem führt *aha!* vertiefende Schulungen durch und sensibilisiert die Bevölkerung mit themenspezifischen Kampagnen. Dabei arbeitet *aha!* eng mit medizinischen Fachpersonen und Fachgesellschaften zusammen.

### Die wichtigsten Dienstleistungen von *aha!* auf einen Blick:

- *aha!infoline*: 031 359 90 50
- kostenlose Patientenbroschüren rund um die Allergiethemata
- Informationsangebote unter: [www.ahaswiss.ch](http://www.ahaswiss.ch)
- Gesundheitsmagazin *aha!news*
- Kinderlager für allergie- und asthmakranke Kinder
- Schulungen für Eltern von Kindern mit Neurodermitis
- Allergie- und Asthaschulungen
- Informations- und Präventionskampagnen

Weitere Informationen unter [www.ahaswiss.ch](http://www.ahaswiss.ch). Oder rufen Sie uns an:  
031 359 90 00.

*aha!* Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma trägt das ZEWO-Gütesiegel. Dies bedeutet, dass Sie auf eine seriöse und zweckbestimmte Verwendung Ihrer Spende vertrauen können.

Für die Unterstützung danken wir:



*aha!* Schweizerisches Zentrum für Allergie,  
Haut und Asthma  
Telefon 031 359 90 00  
Scheibenstrasse 20, 3014 Bern  
Postfach 1, 3000 Bern 22  
[info@ahaswiss.ch](mailto:info@ahaswiss.ch), [www.ahaswiss.ch](http://www.ahaswiss.ch)  
Für Spenden: Postcheck-Konto 30-11220-0



aha



Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma  
Centre suisse pour l'allergie, la peau et l'asthme  
Centro svizzero per l'allergia, la pelle e l'asma

# Asthma-Allergie-Test

Wie gut ist Ihr Asthma kontrolliert?

## Wie gut ist Ihr Asthma kontrolliert?

Asthma kann die Lebensqualität stark einschränken. Das muss nicht sein! Asthmabeschwerden können mit einer individuell optimierten Therapie stark gelindert werden. Der vorliegende Fragebogen hilft Ihnen, Ihren eigenen Umgang mit Asthma einzuschätzen. Ihre Einschätzung wird es Ihrem Arzt oder Ihrem Apotheker ermöglichen, die Therapie Ihres Asthmas optimal zu gestalten. Zu Gunsten Ihrer Lebensqualität!

Die wissenschaftlichen Details zu diesem Fragebogen, der auf den weltweit anerkannten GINA-Richtlinien (GINA = Internationale Asthma-Organisation) basieren, finden Sie, leider nur in englischer Sprache, unter [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).

Asthma wird oft durch zusätzliche allergische Symptome begleitet oder hat einen allergischen Auslöser. Dies kann zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen.

Nehmen Sie sich etwa 10 Minuten Zeit. Beantworten Sie sechs Fragen zu Ihrer Asthmakontrolle. Machen Sie sich anschliessend Gedanken zu Ihren allergisch bedingten Beschwerden und Ihrer Lebensqualität, indem Sie die 4 zusätzlichen Fragen beantworten.

## Fragebogen

**Beantworten Sie die Fragen 1–6.** Kreisen Sie die Antwort ein, die am besten beschreibt, wie es Ihnen in der letzten Woche im **Allgemeinen** ging und zählen Sie am Schluss die Punkte zusammen.

- |           |  |  |
|-----------|--|--|
| <b>1.</b> | Wie oft sind Sie in der letzten Woche nachts <b>durch Ihr Asthma geweckt worden?</b>                                   | 0 Nie<br>1 Fast nie<br>2 Selten<br>3 Manchmal<br>4 Oft<br>5 Meistens<br>6 Konnte wegen Asthma nicht schlafen   |
| <b>2.</b> | Wie <b>schlimm waren Ihre Asthmasymptome</b> in der letzten Woche, <b>wenn Sie morgens aufgewacht sind?</b>            | 0 Keine Beschwerden<br>1 Sehr leichte Beschwerden<br>2 Leichte Beschwerden<br>3 Mässige Beschwerden<br>4 Ziemlich starke Beschwerden<br>5 Starke Beschwerden<br>6 Sehr starke Beschwerden      |
| <b>3.</b> | Wie sehr sind Sie in der letzten Woche durch Ihr Asthma <b>in Ihren alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt worden?</b> | 0 Überhaupt nicht eingeschränkt<br>1 Sehr wenig eingeschränkt<br>2 Etwas eingeschränkt<br>3 Mässig eingeschränkt<br>4 Ziemlich eingeschränkt<br>5 Sehr eingeschränkt<br>6 Völlig eingeschränkt |
| <b>4.</b> | Wie sehr waren Sie in der letzten Woche <b>kurzatmig</b> wegen Ihres Asthmas?  | 0 Gar nicht<br>1 Sehr wenig<br>2 Etwas<br>3 Mässig<br>4 Ziemlich stark<br>5 Stark<br>6 Sehr stark  |
| <b>5.</b> | Wie oft haben Sie in der letzten Woche <b>ein Pfeifen in Ihrer Brust</b> bemerkt?                                      | 0 Nie<br>1 Fast nie<br>2 Selten<br>3 Manchmal<br>4 Oft<br>5 Meistens<br>6 Immer  |

- |           |   |  |
|-----------|---|--|
| <b>6.</b> | Wie viele <b>Hübe/Inhalationen eines kurz wirksamen Bronchien erweiternden Medikaments</b> (z.B. Ventolin) haben Sie in der letzten Woche <b>täglich</b> im Durchschnitt gebraucht? | 0 Keine<br>1 1–2 Hübe<br>2 3–4 Hübe<br>3 5–8 Hübe<br>4 9–12 Hübe<br>5 13–16 Hübe<br>6 Mehr als 16 Hübe |
|-----------|---|--|

**Total Punkte:** \_\_\_\_\_

- 7. Nehmen Sie Ihre verordneten Medikamente regelmässig ein?**  
 Nein    Selten    Meistens    Ja
- 8. Haben Sie zusätzlich zu Ihrem Asthma noch Allergien oder allergisch bedingte Krankheiten?**  
 Nein    Ja   Wenn ja, welche?  
 Heuschnupfen    Neurodermitis    Lebensmittelallergie  
 Andere: \_\_\_\_\_
- 9. Gibt es Tätigkeiten/Hobbys/Sport, die Sie auf Grund Ihres Asthmas oder Ihrer Allergie nicht durchführen können?**  
 Nein    Ja   Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 10. Bitte schätzen Sie Ihre jetzige Lebensqualität auf einer Skala von 1 (extrem hohe Lebensqualität) bis 10 (extrem schlechte Lebensqualität) ein.**  
1 \_\_\_\_\_ 10

Auf der nächsten Seite erfahren Sie, wie Sie selbst die Ergebnisse des Tests auswerten können.