

BESCHREIB DEIN ASTHMA

Damit sich die Ärztin bzw. der Arzt ein umfassendes Bild Deiner Erkrankung machen kann, sind nachfolgend wichtige Informationen rund um Dein Asthma zusammengestellt. Fülle die Liste aus und nimm sie gegebenenfalls mit zu Deinem Termin. So gehst Du gut vorbereitet in das Gespräch und kannst die Zeit optimal nutzen.

MEINE SYMPTOME

Nenne die Symptome, die Du am häufigsten spürst, bzw. wie oft sie bei Dir vorkommen.

Erinnere Dich an die letzten 4 Wochen und kreuze zuerst an, was auf Dich zutrifft. Erweitere die Liste bei Bedarf. Überlege dann, ob die Symptome weniger oder häufiger als 2x pro Woche vorkamen bzw. aktuell bestehen. Setze das Kreuz an der zutreffenden Position.

		Weniger als 2x pro Woche	Häufiger als 2x pro Woche
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfeifende Ausatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hast Du in den letzten 4 Wochen außerdem häufiger als 2x pro Woche Bedarfsmedikamente nehmen müssen (ausgenommen vor sportlicher Aktivität)?

- Ja
- Nein

Überlege, ob Du eine der folgenden Beschwerden in letzter Zeit verstärkt hattest.

Kreuze an, was auf Dich zutrifft und erweitere die Liste bei Bedarf.

- Erschwerte Nasenatmung
- Allergische Symptome (z. B. Juckreiz, Niesreiz, Fließschnupfen, brennende oder geschwollene Augen)
- Hautveränderungen (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis oder anderer juckender Hautausschlag)
- Sodbrennen
- Gliederschmerzen
- Sonstiges: _____

AUSWIRKUNGEN DER ASTHMA-ERKRANKUNG ...



... auf meinen Alltag

Kreuze an, welche Aussagen auf Dich zutreffen.

- Ich kann im Alltag nicht alles machen, was ich möchte, z. B. Treppensteigen, spontan Freunde treffen, etc.
- Ich benötige oft Hilfe von anderen, um meinen Alltag zu bewältigen, z. B. beim Einkaufen, Wäsche machen etc.
- Ich fühle mich aufgrund meines Asthmas auf der Arbeit oder in der Schule nicht voll belastbar und habe (viele) Fehltage deswegen.
- Mir fällt es oft schwer, mich auf eine Sache zu konzentrieren.
- Das Asthma kontrolliert oft meinen Alltag.
- Ich fühle mich wegen meines Asthmas oft allein, isoliert, ängstlich oder deprimiert.
- Ich kann mich nicht mehr so einfach zu etwas aufraffen. Ich fühle mich oft lustlos.
- Ich bin häufig müde und/oder kann nachts nicht durchschlafen.



... auf meinen Krankheits- bzw. Therapieverlauf

Kreuze an, welche Aussagen auf Dich zutreffen.

- Ich habe in den vergangenen 12 Monaten mindestens 2x Kortison-Tabletten nehmen müssen.
- Ich musste wegen meines Asthmas schon einmal in die Notaufnahme bzw. ins Krankenhaus.
- Ich musste mein Notfallmedikament in den letzten vier Wochen häufiger als 2x in der Woche anwenden (ausgenommen vor sportlicher Aktivität).
- Meine Asthma-Anfälle lassen sich schwer vorhersagen.
- Ich habe das Gefühl, mir hilft nichts, um meine Asthma-Symptome zu kontrollieren.



Was mich noch bewegt:

Mir bereitet Sorgen: _____

Sonstiges: _____