



**Asthmakontrolltest
für Kinder zwischen
4 und 11 Jahren**

Dr. H. J. Niewerth
Facharzt für Kinderheilkunde
Kleiberg 21
53721 Siegburg

Name: _____ geb. am _____ Datum: _____

Fragen für Kinder: (rückblickend auf die letzten vier Wochen)

1. Spürst Du heute Dein Asthma?

Sehr stark	Stark	Ein wenig	Gar nicht
------------	-------	-----------	-----------

2. Stört Dich Dein Asthma, wenn du Sport treibst oder Dich körperlich anstrengst?

Stört sehr und nervt mich	Stört manchmal, dann nervt es mich	Stört manchmal, ist aber ok	Stört gar nicht
---------------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------

3. Musst Du wegen Deines Asthmas husten?

Ständig	Oft	Nur manchmal	Gar nicht
---------	-----	--------------	-----------

4. Wachst Du wegen Deines Asthmas in der Nacht auf?

Immer	Oft	Nur manchmal	Gar nicht
-------	-----	--------------	-----------

Fragen für Eltern: (rückblickend auf die letzten vier Wochen)

5. Wie oft (rückblickend) hatte ihr Kind tagsüber Asthmabeschwerden?

Täglich	An 19-24 Tagen	An 11-18 Tagen	An 4-10 Tagen	An 1-3 Tagen	An keinem Tag
---------	-------------------	-------------------	------------------	-----------------	------------------

6. Wie oft haben Sie bei Ihrem Kind pfeifende Atmung beobachtet?

Täglich	An 19-24 Tagen	An 11-18 Tagen	An 4-10 Tagen	An 1-3 Tagen	An keinem Tag
---------	-------------------	-------------------	------------------	-----------------	------------------

7. Wie oft ist Ihr Kind in der Nacht wegen Asthmabeschwerden aufgewacht?

Täglich	An 19-24 Tagen	An 11-18 Tagen	An 4-10 Tagen	An 1-3 Tagen	An keinem Tag
---------	-------------------	-------------------	------------------	-----------------	------------------