



Fragebogen zur Asthmakontrolle

Zur Unterstützung für Ihren Arzt/Ihre Ärztin kreuzen Sie bitte Zutreffendes an:

Mehr als 2x pro Woche während des Tages Symptome wie z. B. Atemnot, Husten, Kurzatmigkeit, vermehrte Schleimproduktion	<input type="checkbox"/>
Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wie z. B. Stiegen steigen, Radfahren, Einkaufen, Spaziergehen etc.	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Symptome und/oder Erwachen aufgrund der Symptome wie z. B. Atemnot, Husten etc.	<input type="checkbox"/>
Verwendung des Notfallspray (Bedarfsmedikation) mehr als 2x pro Woche	<input type="checkbox"/>

Quelle: Modifiziert aus den Gina Guidelines 2017

0, nichts davon trifft zu: Gut kontrolliert

1-2 treffen zu: Teilweise kontrolliert

3-4 treffen zu: Nicht kontrolliert



Summe

Auf der Rückseite haben Sie die Möglichkeit, Fragen und Informationen für Ihren Arzt/Ihre Ärztin zu notieren.



Meine Fragen

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

AT1712747283, Datum der Erstellung: 11/2017



Novartis Pharma GmbH
1020 Wien, Stella-Klein-Löw-Weg 17
Tel.: +43 1 866 57-0
www.novartis.at



Patient.Partner Infoline

Kostenfreie sozialrechtliche &
psychologische Information
0800/203909

Mo–Do 9–16 Uhr & Fr 9–13 Uhr
patient.partner@novartis.com