

Hat Ihr Kind Asthma?

Ja

Nein

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. ... ist mein Kind nachts wegen des Asthmas aufgewacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hat mein Kind beim Atmen ein Brummen oder Pfeifen gespürt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... hatte mein Kind Angst vor einem Anfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... hat mein Kind das Inhalieren und die Medikamente genervt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... hat mein Kind sich wegen des Asthmas geschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... war mein Kind wegen des Asthmas mit sich selbst unzufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... gab es wegen des Asthmas Ärger zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... habe ich meinem Kind wegen des Asthmas Dinge verboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... wurde mein Kind wegen des Asthmas von anderen geärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... wurde mein Kind wegen des Asthmas ausgeschlossen, wenn andere etwas zusammen machten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... konnte mein Kind sich wegen des Asthmas schlecht konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... war mein Kind beim Sport genauso gut wie Klassenkameraden oder Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>13. Wie häufig hat Ihr Kind in der letzten Woche Atembeschwerden (Asthma) gehabt?</p> <p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer </p>
--

<p>14. Wie stark waren seine Atembeschwerden in der letzten Woche?</p> <p> <input type="checkbox"/> gar keine <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr stark </p>
--

<p>15. Wie sehr haben Ihr Kind seine Atembeschwerden in der letzten Woche gestört?</p> <p> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr </p>
--