

Hast Du Asthma (Atemnot)?

Ja

Nein

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

13. Wie häufig hast Du in der letzten Woche Atembeschwerden (Asthma) gehabt?
 nie selten manchmal oft immer

14. Wie stark waren Deine Atembeschwerden in der letzten Woche?
 gar keine etwas mittelmäßig ziemlich sehr stark

15. Wie sehr haben Dich Deine Atembeschwerden in der letzten Woche gestört?
 gar nicht etwas mittelmäßig ziemlich sehr