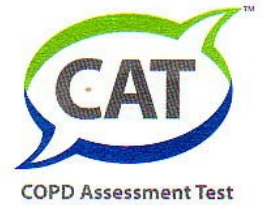


Ihr Name:

Heutiges Datum:



# Wie geht es Ihnen mit Ihrer COPD? Füllen Sie den COPD Assessment Test™ (CAT) aus!

Dieser Fragebogen wird Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Auswirkungen der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf Ihr Wohlbefinden und Ihr tägliches Leben festzustellen. Ihre Antworten und das Test-Ergebnis können von Ihnen und Ihrem Arzt dazu verwendet werden, die Behandlung Ihrer COPD zu verbessern, damit Sie bestmöglich davon profitieren.

Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie (X) in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

**Beispiel:** Ich bin sehr glücklich  0  1  2  3  4  5 Ich bin sehr traurig

PUNKTE

Ich huste nie

0  1  2  3  4  5

Ich huste ständig

Ich bin überhaupt nicht verschleimt

0  1  2  3  4  5

Ich bin völlig verschleimt

Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust

0  1  2  3  4  5

Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust

Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem

0  1  2  3  4  5

Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem

Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt

0  1  2  3  4  5

Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt

Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen

0  1  2  3  4  5

Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen

Ich schlafe tief und fest

0  1  2  3  4  5

Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest

Ich bin voller Energie

0  1  2  3  4  5

Ich habe überhaupt keine Energie

**SUMME**