

## Fragebogen zu nächtlichen Beinbewegungsstörungen – International RLS Severity Scale (IRLS)

Name, Vorname:

, Geburtsdatum:

Dieser Fragebogen beschäftigt sich mit dem Syndrom unruhiger Beine in der Nacht, dem sog. Restless Legs Syndrom, im Folgenden mit RLS abgekürzt. Bitte beantworten Sie die Fragen daher in Hinblick auf eine evtl. vorhandene nächtliche Beinunruhe im angegebenen Zeitraum.

In den letzten 2 Wochen:

**1. Wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Armen und Beinen einschätzen?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> sehr            | 4 |
| <input type="radio"/> ziemlich        | 3 |
| <input type="radio"/> mäßig           | 2 |
| <input type="radio"/> leicht          | 1 |
| <input type="radio"/> nicht vorhanden | 0 |

**2. Wie stark würden Sie Ihren Drang einschätzen, sich wegen Ihrer RLS-Beschwerden bewegen zu müssen?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> sehr groß       | 4 |
| <input type="radio"/> ziemlich        | 3 |
| <input type="radio"/> mäßig           | 2 |
| <input type="radio"/> leicht          | 1 |
| <input type="radio"/> nicht vorhanden | 0 |

**3. Wie sehr wurden die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen durch Bewegung gelindert?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> überhaupt nicht gelindert                         | 4 |
| <input type="radio"/> ein wenig gelindert                               | 3 |
| <input type="radio"/> mäßig gelindert                                   | 2 |
| <input type="radio"/> vollständig oder fast vollständig gelindert       | 1 |
| <input type="radio"/> es mussten keine RLS-Beschwerden gelindert werden | 0 |

In der letzten Woche:

**4. Wie sehr wurde Ihr Schlaf durch die RLS-Beschwerden gestört?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> sehr            | 4 |
| <input type="radio"/> ziemlich        | 3 |
| <input type="radio"/> mäßig           | 2 |
| <input type="radio"/> leicht          | 1 |
| <input type="radio"/> überhaupt nicht | 0 |



**5. Wie müde oder schläfrig waren Sie tagsüber wegen Ihrer RLS-Beschwerden?**

- sehr 4
- ziemlich 3
- mäßig 2
- leicht 1
- überhaupt nicht 0

**6. Wie stark waren Ihre RLS-Beschwerden insgesamt?**

- sehr 4
- ziemlich 3
- mäßig 2
- leicht 1
- nicht vorhanden 0

**7. Wie oft sind Ihre RLS-Beschwerden aufgetreten?**

- sehr oft (d.h. an 6-7 Tagen in der Woche) 4
- oft (d.h. an 4-5 Tagen in der Woche) 3
- manchmal (d.h. an 2-3 Tagen in der Woche) 2
- selten (d.h. an 1 Tag in der Woche) 1
- überhaupt nicht 0

**8. Wenn Sie RLS-Beschwerden hatten, wie stark waren diese durchschnittlich?**

- sehr (d.h. länger als 8 Stunden pro Tag) 4
- ziemlich (d.h. 3-8 Stunden pro Tag) 3
- mäßig (d.h. 1-3 Stunden pro Tag) 2
- leicht (d.h. weniger als 1 Stunde pro Tag) 1
- nicht vorhanden 0

**9. Wie sehr haben sich Ihre RLS-Beschwerden auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren Alltagstätigkeiten nachzugehen, z.B. ein zufriedenstellendes Familien-, Privat-, Schul- oder Arbeitsleben zu führen?**

- sehr 4
- ziemlich 3
- mäßig 2
- leicht 1
- überhaupt nicht 0

**10. Wie stark haben Ihre RLS-Beschwerden Ihre Stimmung beeinträchtigt, waren Sie z.B. wütend, niedergeschlagen, traurig, ängstlich oder gereizt?**

- sehr 4
- ziemlich 3
- mäßig 2
- leicht 1
- überhaupt nicht 0

**Summe:** \_\_\_\_\_ (IRLS-Gesamtscore: 0= kein RLS / 1-10= mildes / 11-20= mittelgradiges / 21-30 = schweres / 31-40= sehr schweres RLS)

