



Name, Vorname:
 Geburtsdatum:

REM Schlaf- Verhaltensstörung- Screening Fragebogen

	Ja	Nein
1. Ich habe teilweise sehr lebhaft Träume.		
2. Meine Träume haben des öfteren aggressiven oder aktionsgeladenen Inhalt.		
3. Die Traum Inhalte stimmen meist mit meinem nächtlichen Verhalten überein.		
4. Mir ist bekannt, dass ich meine Arme oder Beine im Schlaf bewege.		
5. Es ist dabei vorgekommen, dass ich meinen Partner oder mich selbst (beinahe) verletzt habe.		
6. Bei mir treten oder traten während des Träumens folgende Erscheinungen auf:		
1. laut Sprechen, Schreien, Schimpfen, Lachen		
2. plötzliche Bewegungen der Gliedmaßen, „Kämpfen“		
3. Gesten, Bewegungsabläufe, die im Schlaf sinnlos sind wie z.B. winken, salutieren, Mücken verscheuchen, Stürze aus dem Bett		
4. um das Bett herum umgefallene Gegenstände wie z.B. Nachttischlampe, Buch, Brille		
7. Es kommt vor, dass ich durch meine eigenen Bewegungen wach werde.		
8. Nach dem Erwachen kann ich mich an den Inhalt meiner Träume meist gut erinnern.		
9. Mein Schlaf ist häufiger gestört.		
10. Bei mir liegt/lag eine Erkrankung des Nervensystems vor (z.B. Schlaganfall, Gehirnerschütterung, Parkinson, Restless Legs, Narkolepsie, Depression, Epilepsie, entzündliche Erkrankung des Gehirns), welche?		
Score		
Ab mehr als 5 Punkten könnte eine REM Schlaf- Verhaltensstörung vorliegen		