



## Fragebogen zu nächtlichen Beinbewegungsstörungen (Restless Legs Syndrom, periodische Beinbewegungen)

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?**

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

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

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

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

- Überhaupt nicht gelindert 4
- Ein wenig gelindert 3
- mäßig gelindert 2
- vollständig oder fast vollständig gelindert 1
- Es mussten keine RLS-Beschwerden gelindert werden 0

**In der letzten Woche:**

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

- sehr 4
- ziemlich 3
- mäßig 2
- leicht 1
- 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

In der letzten Woche:

**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 an (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 al 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

**IRLS-Gesamtscore:**

0= kein RLS / 1-10= mildes / 11-20= mittelgradiges / 21-30 = schweres / 31-40= sehr schweres RLS