

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Beurteilungsbogen zum Restless Legs Syndrom*

International RLS Severity Scale (IRLS)

1: Wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Armen oder Beinen einschätzen?

4 sehr 3 ziemlich 2 mäßig 1 leicht 0 nicht vorhanden

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

4 sehr 3 ziemlich 2 mäßig 1 leicht 0 nicht vorhanden

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

4 überhaupt nicht 3 wenig 2 mäßig 1 (fast) vollständig 0 keine RLS-Beschwerden

4: Wie sehr wurde Ihr Schlaf durch Ihre RLS-Beschwerden gestört?

4 sehr 3 ziemlich 2 mäßig 1 leicht 0 überhaupt nicht

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

4 sehr 3 ziemlich 2 mäßig 1 leicht 0 überhaupt nicht

6: Wie stark waren Ihre RLS-Beschwerden insgesamt?

4 sehr 3 ziemlich 2 mäßig 1 leicht 0 nicht vorhanden

7: Wie oft sind Ihre RLS-Beschwerden aufgetreten?

4 sehr oft 3 oft 2 manchmal 1 selten 0 überhaupt nicht
(6-7 Tage / Woche) (4-5 Tage / Woche) (2-3 Tage / Woche) (1 Tag / Woche)

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

4 sehr 3 ziemlich 2 mäßig 1 leicht 0 nicht vorhanden
(≥ 8 h / Tag) (3-8 h / Tag) (1-3 h / Tag) (< 1 h / Tag)

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

4 sehr 3 ziemlich 2 mäßig 1 leicht 0 überhaupt nicht

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

4 sehr 3 ziemlich 2 mäßig 1 leicht 0 überhaupt nicht

ERGEBNIS:

International Restless Legs Rating Scale

Sehr schwer:
31 - 40 Punkte

Schwer:
21 - 30 Punkte

Mittel:
11 - 20 Punkte

Mild:
1 - 10 Punkte

Kein:
0 Punkte