



Beurteilungsbogen zum Restless Legs Syndrom (IRLS)¹

In den letzten 2 Wochen...

1) wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen 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 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	fast vollständig gelindert 1	keine Beschwerden vorhanden 0
-----------------------------------	--------------------------	----------------------	------------------------------------	-------------------------------------

In der letzten Woche...

4) wie sehr wurde Ihr Schlaf durch Ihre 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
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

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?

6-7 Tage/Woche 4	4-5 Tage/Woche 3	2-3 Tage/Woche 2	1 Tag/Woche 1	überhaupt nicht 0
---------------------	---------------------	---------------------	------------------	----------------------

8) wenn Sie RLS-Beschwerden hatten, wie stark waren diese durchschnittlich?

sehr (mehr als 8 Std./Tag) 4	ziemlich (3-8 Std./Tag) 3	mäßig (1-3 Std./Tag) 2	leicht (weniger als 1 Std./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
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

Gesamtsumme: _____ Punkte

¹ Walters AS, LeBrocq C, Dhar A, Hening W, Rosen R, Allen RP, Trenkwalder C; International Restless Legs Syndrome Study Group (2003): Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. Sleep Med, 4:121-32.