

Name: _____

Datum: _____

Beurteilungsbogen zum Restless-Legs-Syndrom International RLS Severity Scale (IRLS) Schweregrad-Skala

Bitte schätzen Sie in den folgenden 10 Fragen den Schweregrad Ihrer Beschwerden ein. Sollte Ihnen etwas unklar sein oder Sie Fragen haben, so stehen wir selbstverständlich zur Verfügung.

In den letzten 2 Wochen.....

1. Wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen 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 gelindert
- 3 Ein wenig gelindert
- 2 Mäßig gelindert
- 1 Vollständig oder fast vollständig gelindert
- 0 Es mussten keine RLS-Beschwerden gelindert werden

In der letzten Woche.....

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 war 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

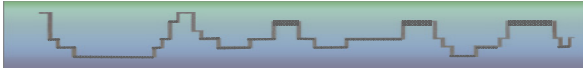
7. Wie oft sind Ihre RLS-Beschwerden aufgetreten?

- 4 Sehr oft (d. h. an 6 – 7 Tagen in der Woche)
- 3 Oft (d. h. an 4 – 5 Tagen in der Woche)
- 2 Manchmal (d. h. an 2 – 3 Tagen in der Woche)
- 1 Selten (d. h. an einem Tag in der Woche)
- 0 Überhaupt nicht

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

- 4 Sehr (d. h. an 8 Stunden oder mehr an einem 24-Stundentag)
- 3 Ziemlich (d. h. an 3 – 8 Stunden an einem 24-Stundentag)
- 2 Mäßig (d. h. an 1 – 3 Stunden an einem 24-Stundentag)
- 1 Leicht (d. h. an weniger als an 1 Stunden an einem 24-Stundentag)
- 0 Nicht vorhanden

Ambulantes Schlaflabor



Lippstadt - Paderborn

Name: _____

Datum: _____

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?

- 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

IRLS-Gesamtscore: 0 = kein RLS;
1 – 10 = mildes RLS;
11 – 20 = mittelgradiges RLS,
21 – 30 = schweres RLS,
31 – 40 = sehr schweres RLS

Gesamt-Punktezahl: