



Name: _____

Datum: _____

Fragebogen zum Screening auf Restless-legs-Syndrom (RLSSQ)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an.

Situation	Antwort	
Kommt es vor, dass Sie Missempfindungen (z. B. Ziehen, Stechen, Kribbeln, Schmerzen) oder ein schwer zu beschreibendes, unangenehmes Gefühl in den Beinen oder Armen haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie häufig den Drang, die Beine zu bewegen oder herumzulaufen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treten Ihre Beschwerden überwiegend in entspannten Situationen (z. B. im Liegen oder Sitzen) auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Ihre Beschwerden oder waren Ihre Beschwerden früher nachts stärker ausgeprägt als tagsüber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Ihre Beschwerden durch Bewegung (z. B. Bewegen der Beine, Umhergehen) gelindert oder ganz zum Verschwinden gebracht werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen oder nachts durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich tagsüber unausgeschlafen, erschöpft oder müde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kommt es vor, dass Ihre Beine während des Schlafes oder tagsüber in Ruhesituationen zucken oder Bewegungen durchführen, die Sie nicht beeinflussen können?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treten oder traten früher Ihre Beschwerden nicht regelmäßig auf, sondern gibt/gab es auch Tage bzw. Nächte ohne Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es in Ihrer Familie noch andere Personen, die ähnliche Beschwerden haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bitte nicht ausfüllen		
Summe		