

## Beurteilungsbogen zum Restless-Legs-Syndrom

### International RLS Severity Scale (IRLS)/Schweregrad-Skala

- A. Leiden Sie unter einem Bewegungsdrang evtl. verbunden mit Missempfindungen wie Kribbeln, Ameisenlaufen, Schmerzen an den Beinen oder verbunden mit unwillkürlichen Zuckungen? ☐ JA ☐ NEIN
- B. Verschlimmern sich diese Symptome in Ruhe (sitzend/liegend)? ☐ JA ☐ NEIN
- C. Lassen sie sich durch Bewegung mindestens vorübergehend verbessern? ☐ JA ☐ NEIN
- D. Sind diese Symptome abends oder nachts schlimmer als morgens? ☐ JA ☐ NEIN

**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.**

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      3 ☐ ein wenig      2 ☐ mäßig      1 ☐ (fast)vollständig      0 ☐ keine Beschwerden

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

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

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

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

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 Tag/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 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 ☐ nicht vorhanden

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 ☐ nicht vorhanden

IRLS-Gesamtscore: 0 = kein RLS; Gesamt-Punktezahl:

1–10 = mildes RLS; 11–20 = mittelgradiges RLS, 21–30 = schweres RLS, 31–40 = sehr schweres RLS