



Unruhige Beine und periodische Beinbewegungen

(RLS-Schweregrad-Skala der Internationalen Arbeitsgruppe)

Stellen Sie sich bitte die unten aufgeführten Situationen aus dem Alltagsleben vor und beurteilen Sie, ob Sie in diesen Situationen einnicken oder einschlafen würden. Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie trotzdem zu überlegen, wie sich die jeweilige Situation auf Sie ausgewirkt hätte.

	Sehr groß	groß	mäßig	kaum	keine
1. Wie schätzen Sie die Beschwerden in Ihren Armen oder Beinen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie groß ist Ihr Drang nach Bewegung aufgrund dieser Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie beurteilen Sie Ihre Beschwerden insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie groß sind die Auswirkungen Ihrer Beschwerden auf die Verrichtung Ihrer täglichen Arbeiten (z.B. in Familie, Haushalt, Schule, Beruf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie stark beeinflussen die Beschwerden Ihre Stimmung (z.B. wütend, depressiv,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie lindern sich Ihre Beschwerden, wenn Sie Ihre Beine bewegen? sehr große Linderung große Linderung mäßige Linderung kaum Linderung keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	an 6-7 Tagen pro Wo.	an 4-5 Tagen pro Wo.	an 2-3 Tagen pro Wo.	1 Tag pro Wo.	nie
9. Wie oft oft leiden Sie unter Beschwerden in den Armen oder Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 Std. pro Tag	3-8 Std. pro Tag	1-3 Std. pro Tag	<1 Sd. pro Tag	keine
10. Wie lange dauern Ihre Beschwerden normalerweise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung: Wenn Sie die Mehrzahl der Fragen mit groß/stark oder sehr groß/stark beantwortet haben, sollten Sie unbedingt Ihren Hausarzt informieren, der dann einen Facharzt (Schlafmediziner) mit zu Rate ziehen kann.