

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

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 () 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 (das heißt an 6 bis 7 Tagen in der Woche)
- 3 () Oft (das heißt an 4 bis 5 Tagen in der Woche)
- 2 () Manchmal (das heißt an 2 bis 3 Tagen in der Woche)
- 1 () Selten (das heißt an einem Tag in der Woche)
- 0 () Überhaupt nicht

In der letzten Woche...

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

- 4 () Sehr (das heißt an 8 Stunden oder mehr an einem 24-Stundentag)
- 3 () Ziemlich (das heißt an 3 bis 8 Stunden an einem 24-Stundentag)
- 2 () Mäßig (das heißt an 1 bis 3 Stunden an einem 24-Stundentag)
- 1 () Leicht (das heißt an weniger als 1 Stunde an einem 24-Stundentag)
- 0 () Nicht vorhanden

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