

**Beurteilungsbogen zum Restless-Legs-Syndrom International RLS Severity Scale (IRLS) Schweregrad-Skala (Untersucher-Version=**

Bitte lassen Sie den Patienten/die Patientin in den folgenden 10 Fragen den Schweregrad seiner/ihrer Beschwerden einschätzen. Die Beurteilung sollte der Patient/die Patientin vornehmen und nicht der Untersucher, aber der Untersucher sollte für Erklärungen zur Verfügung stehen, falls dem Patienten/der Patientin etwas unklar ist. Der Untersucher kreuzt die Antworten des Patienten/der Patientin auf dem Fragebogen an.

<p><b>In den letzten 2 Wochen ...</b>  <b>1 Wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen einschätzen?</b>                  4 Sehr                  3 Ziemlich                  2 Mäßig                  1 Leicht                  0 Nicht vorhanden</p>	<p><b>2 Wie stark würden Sie Ihren Drang einschätzen, sich wegen Ihrer RLS-Beschwerden bewegen zu müssen?</b>                  4 Sehr                  3 Ziemlich                  2 Mäßig                  1 Leicht                  0 Nicht vorhanden</p>
--	---

<p><b>3. Wie sehr wurden die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen durch Bewegung gelindert?</b>                  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</p>	<p><b>4. In der letzten Woche... Wie sehr wurde Ihr Schlaf durch Ihre RLS-Beschwerden gestört?</b>                  4 Sehr                  3 Ziemlich                  2 Mäßig                  1 Leicht                  0 Überhaupt nicht</p>
--	--

<p><b>5. Wie müde oder schläfrig waren Sie tagsüber wegen Ihrer RLS-Beschwerden?</b>                  4 Sehr                  3 Ziemlich                  2 Mäßig                  1 Leicht                  0 Überhaupt nicht</p>	<p><b>6. Wie stark waren Ihre RLS-Beschwerden insgesamt?</b>                  4 Sehr                  3 Ziemlich                  2 Mäßig                  1 Leicht                  0 Nicht vorhanden</p>
--	--

<p><b>7. Wie oft sind Ihre RLS-Beschwerden aufgetreten?</b>                  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</p>	<p><b>8. In der letzten Woche... Wenn Sie RLS-Beschwerden hatten, wie stark waren diese durchschnittlich?</b>                  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</p>
---	--

<p><b>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?</b>                  4 Sehr                  3 Ziemlich                  2 Mäßig                  1 Leicht                  0 Überhaupt nicht</p>	<p><b>10. Wie stark haben Ihre RLS-Beschwerden Ihre Stimmung beeinträchtigt, waren Sie z. B. wütend, niedergeschlagen, traurig, ängstlich oder gereizt?</b>                  4 Sehr                  3 Ziemlich                  2 Mäßig                  1 Leicht                  0 Überhaupt nicht</p>
---	---

<p><b>Summe:</b></p>	
----------------------	--

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