



ANAMNESEBOGEN RESTLESS-LEGS-SYNDROM

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit der Beantwortung folgender zehn Fragen erleichtern Sie uns die Einschätzung des Schweregrades Ihrer Beschwerden. Maßgeblich sind die Beschwerden, die Sie in der letzten Woche hatten. Gerne stehen wir Ihnen bei Fragen oder Unklarheiten zur Verfügung. Vielen Dank!

Persönliches

Name, Vorname

Datum

1. Wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen einschätzen?

In den letzten 2 Wochen ...

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

- 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

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

In der letzten Woche...

- 4 Sehr
- 3 Ziemlich
- 2 Mäßig
- 1 Leicht
- 0 Überhaupt nicht

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

- 4 Sehr
- 3 Ziemlich
- 2 Mäßig
- 1 Leicht
- 0 Überhaupt nicht

6. Wie stark waren Ihre RLS-Beschwerden insgesamt?

- 4 Sehr
- 3 Ziemlich
- 2 Mäßig
- 1 Leicht
- 0 Überhaupt nicht

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

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

In der letzten Woche ...

- 4 Sehr (8 Stunden oder mehr an einem 24-Stunden-Tag)
- 3 Ziemlich (3 bis 8 Stunden an einem 24-Stunden-Tag)
- 2 Mäßig (1 bis 3 Stunden an einem 24-Stunden-Tag)
- 1 Leicht (weniger als 1 Stunde an einem 24-Stunden-Tag)
- 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 Überhaupt nicht

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 Überhaupt nicht

SUMME