



Prof. Dr. med. Johannes Mathis
1. Schweizer Praxis für Schlafmedizin
johannes.mathis@hin.ch
www.schlafwachmedizin.ch
GLN-Nr. 760100090355
ZSR P581602

Neurozentrum Bern
Schänzlistrasse 45
3013 Bern
T 031 330 60 70
F 031 330 60 74
www.neurozentrum-bern.ch



Restless Legs-Syndrom (RLS_d)

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m / w Ausfülldatum: _____

Medikamente & Dosis: _____

Diagnostische Kriterien

Wie treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

1. Ich leide an unangenehmen Missempfindungen an den Beinen oder an den Armen (Kribbeln, Ziehen, Jucken, Brennen, Krampfartig, Schmerzen)
☐ sicher ja ☐ eher ja ☐ bin nicht sicher ☐ eher nicht ☐ sicher nicht
wenn ja, seit dem Alter von.....Jahren; Auslöser:.....
2. Ich leide an einer Ruhelosigkeit, die mich zwingt meine Glieder zu bewegen oder zu dehnen. Ich muss herumlaufen oder die Glieder massieren, duschen oder reiben.
☐ sicher ja ☐ eher ja ☐ bin nicht sicher ☐ eher nicht ☐ sicher nicht
3. Die Beschwerden verstärken sich in Ruhe und werden bei Bewegung und Aktivität gelindert.
☐ sicher ja ☐ eher ja ☐ bin nicht sicher ☐ eher nicht ☐ sicher nicht
4. Die Beschwerden nehmen gegen Abend oder in der Nacht zu.
☐ sicher ja ☐ eher ja ☐ bin nicht sicher ☐ eher nicht ☐ sicher nicht
5. Ich leide an Einschlafstörungen oder an Schläfrigkeit am Tag
☐ sicher ja ☐ eher ja ☐ bin nicht sicher ☐ eher nicht ☐ sicher nicht
6. Im Schlaf oder im Wachzustand beim Einschlafen sind bei mir oft unwillkürliche Bewegungen in fast regelmässigen Abständen aufgetreten.
☐ sicher ja ☐ eher ja ☐ bin nicht sicher ☐ eher nicht ☐ sicher nicht
7. Die Beschwerden haben in den letzten Jahren zugenommen
☐ sicher ja ☐ eher ja ☐ bin nicht sicher ☐ eher nicht ☐ sicher nicht
8. Ich kenne in meiner Familie andere Personen, die an ähnlichen Beschwerden leiden.
☐ sicher ja ☐ eher ja ☐ bin nicht sicher ☐ eher nicht ☐ sicher nicht
9. Wie bezeichnen Sie selbst Ihre Beschwerden (maximal 3 typische Begriffe angeben)

Ich spüre es ☐ in der Tiefe (Muskel/Knochen) ☐ oberflächlich ☐ unbestimmte Tiefe

10. Welche Körperteile sind wie stark betroffen

- | | | | | | |
|----------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Füsse | ☐ (4) sehr stark | ☐ (3) stark | ☐ (2) mittel | ☐ (1) schwach | ☐ (0) kein |
| Unterschenkel | ☐ (4) sehr stark | ☐ (3) stark | ☐ (2) mittel | ☐ (1) schwach | ☐ (0) kein |
| Oberschenkel | ☐ (4) sehr stark | ☐ (3) stark | ☐ (2) mittel | ☐ (1) schwach | ☐ (0) kein |
| Gesäss | ☐ (4) sehr stark | ☐ (3) stark | ☐ (2) mittel | ☐ (1) schwach | ☐ (0) kein |
| Bauch/ Brust | ☐ (4) sehr stark | ☐ (3) stark | ☐ (2) mittel | ☐ (1) schwach | ☐ (0) kein |
| Hände | ☐ (4) sehr stark | ☐ (3) stark | ☐ (2) mittel | ☐ (1) schwach | ☐ (0) kein |
| Arme | ☐ (4) sehr stark | ☐ (3) stark | ☐ (2) mittel | ☐ (1) schwach | ☐ (0) kein |
| Hals oder Kopf | ☐ (4) sehr stark | ☐ (3) stark | ☐ (2) mittel | ☐ (1) schwach | ☐ (0) kein |

Schweregrad (Der RLS Score wird als Summe der Fragen 11-20 errechnet)

11. Als wie stark würden Sie das Unbehagen des RLS in den Beinen oder den Armen bezeichnen?

- ☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

12. Wie gross ist Ihr Bedürfnis aufgrund der unruhigen Beine sich zu bewegen?

- ☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

13. Wie stark bessert sich das Unbehagen Ihrer Beine oder Arme, wenn Sie umhergehen?

- | | |
|---|--|
| ☐ (4) keine Besserung | ☐ (3) leichte Besserung |
| ☐ (2) mittlere Besserung | ☐ (1) vollständige oder fast vollständige Besserung |
| ☐ (0) kein RLS, Frage nicht relevant | |

14. Wie stark ist Ihr Schlaf durch die unruhigen Beine gestört?

- ☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

15. Wie stark ist Ihre Müdigkeit oder Schläfrigkeit wegen dem RLS?

- ☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

16. Wie schwerwiegend ist Ihr Syndrom der unruhigen Beine als Ganzes?

- ☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

17. Wie oft haben Sie die RLS-Symptome?

- | | |
|---|---|
| ☐ (4) 6-7 Tage pro Woche | ☐ (3) 4-5 Tage pro Woche |
| ☐ (2) 2-3 Tage pro Woche | ☐ (1) 1 Tag pro Woche |
| ☐ (0) nie | |

18. Wenn Sie RLS-Symptome haben, wie lange dauern diese an einem durchschnittlichen Tag an?

- | | |
|--|---|
| ☐ (4) 8 Stunden pro Tag oder mehr | ☐ (3) 3-8 Stunden pro Tag |
| ☐ (2) 1-3 Stunden pro Tag | ☐ (1) weniger als 1 Stunde pro Tag |
| ☐ (0) gar nicht | |

19. Wie gross sind die Auswirkungen der unruhigen Beine auf die Verrichtung der täglichen Arbeiten in Familie, Haushalt, Schule und Beruf?

- ☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

20. Wie stark beeinflussen die unruhigen Beine Ihre Stimmungslage (z.B. wütend, depressiv, traurig, ängstlich, empfindlich)?

☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

21. a. Wie schwerwiegend ist Ihr Syndrom der unruhigen Beine als Ganzes in der Zeit von 6.00-12.00 Uhr?

☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

b. Wie schwerwiegend ist Ihr Syndrom der unruhigen Beine als Ganzes in der Zeit von 12.00-18.00 Uhr?

☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

c. Wie schwerwiegend ist Ihr Syndrom der unruhigen Beine als Ganzes in der Zeit von 18.00-24.00 Uhr?

☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

d. Wie schwerwiegend ist Ihr Syndrom der unruhigen Beine als Ganzes in der Zeit von 24.00-6.00 Uhr?

☐ (4) sehr stark ☐ (3) stark ☐ (2) mittel ☐ (1) schwach ☐ (0) kein

22. Zu welcher Tageszeit beginnen Ihre Beschwerden in der Regel?
(John Hopkins RLS-Scale)

(0) im Schlaf

(1) Zur Bettzeit, wenn ich zum Schlafen abliege

(2) nach 18.00 Uhr, aber schon vor der Bettzeit

(3) am Nachmittag schon vor 18.00

(4) schon vor 12.00Uhr

23. Wann traten diese Restless Legs-Beschwerden zum ersten Mal auf?

.....

24. Wie oft treten die RLS-Beschwerden jetzt auf

☐ (4) jeden Tag ☐ (3) 3-6 Tage/Wo ☐ (2) 1-2 Tage/Wo ☐ (1) 1-3Tage/Mt ☐ (0) selten

25. Ist bei Ihnen jemals ein Eisenmangel festgestellt worden?

☐ (4) ja; wann?..... ☐ (3) nein ☐ (2) 1-2 weiss nicht

26. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell? Bitte auch die Dosis angeben.

.....

.....

.....