

Klinikum Konstanz Klinik f. Kinder und- Jugendliche mit SPZ

Spitalstiftung von 1225
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Freiburg



S 06 Fragebogen für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren zum Restless-legs-Syndrom

Kinder unter elf Jahren brauchen die Hilfe der Eltern beim Ausfüllen!

| | | |
|------------|--------------------|-----------------|
| Dein Name: | Dein Geburtsdatum: | Heutiges Datum: |
|------------|--------------------|-----------------|

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate:

1. Hattest du unangenehme Empfindungen in den Armen oder Beinen (Schmerzen, Kribbeln oder andere unangenehme Gefühle), wenn du eine Zeit lang still gesessen oder gelegen hast?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | Ja, nur selten | Ja häufig | Ja, fast jedes Mal |
| | Falls Ja: | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Stört mich nicht | Stört mich | Stört mich sehr |

2. Hattest du das Gefühl und den Drang „ich muss mich bewegen“, wenn du eine Zeit lang still gesessen oder gelegen hast?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | Ja, nur selten | Ja häufig | Ja, fast jedes Mal |
| | Falls Ja: | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Stört mich nicht | Stört mich | Stört mich sehr |

3. Warst du unruhig und zappelig (konntest du z. B. nicht lange still sitzen oder hast du häufig mit Händen und Füßen gezappelt)?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | Ja, nur selten | Ja häufig | Ja, fast jedes Mal |
| | Falls Ja: | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Stört mich nicht | Stört mich | Stört mich sehr |

4. Hattest du Schwierigkeiten, abends einzuschlafen (lagst du abends z. B. länger als eine halbe Stunde wach im Bett)?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | Ja, nur selten | Ja häufig | Ja, fast jedes Mal |
| | Falls Ja: | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Stört mich nicht | Stört mich | Stört mich sehr |

Wenn du bei den Fragen 1, 2 und 3 immer „nein“ angekreuzt hast, dann brauchst du die restlichen Fragen nicht zu beantworten.

5. Unangenehme Empfindungen, Bewegungsdrang oder Unruhe wurden besser durch

| | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruhiges Sitzen oder Liegen | Herumlaufen | Nichts oder etwas anderes |

6. Unangenehme Empfindungen, Bewegungsdrang oder Unruhe wurden schlechter durch

| | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruhiges Sitzen oder Liegen | Herumlaufen | Nichts oder etwas anderes |

7. Wie verhielten sich unangenehme Empfindungen, Bewegungsdrang oder Unruhe im Tagesverlauf?

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meist am Abend und in der Nacht stärker | Meist am Abend und in der Nacht schwächer | Keine regelmäßigen Schwankungen |

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!