Fragebogen "Bewegungen im Schlaf bei Kindern und Jugendlichen"

Die Bearbeitung des Fragebogens wird etwa 5 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Empfohlenes Alter 13 – 18 Jahre. Geschlecht: () weiblich ○ männlich Alter (Jahre): Liebe Kinder und Jugendliche, bitte beantwortet ohne die Hilfe von Euren Eltern jede Frage der Reihe nach und lasst bitte keine Fragen unbeantwortet. nur ja nein manchmal Hast Du oft das Bedürfnis, unbedingt Deine Beine bewegen zu müssen, \bigcirc wenn Du sitzt oder liegst? 2. Hast Du oft ein schwer zu beschreibendes, unangenehmes Gefühl in \bigcirc Deinen Beinen wie Piksen, Brennen oder Ziehen? 3. Wenn Du dieses schwer zu beschreibende, unangenehme Gefühl in Deinen Beinen hast, kannst Du es bitte mit Deinen eigenen Worten beschreiben: (Falls Du kein unangenehmes Gefühl in den Beinen verspürst, kreuze bitte "keine Beschwerden" an.) () keine Beschwerden Beginnt dieses schwer zu beschreibende, unangenehme Gefühl in Deinen Beinen eher am Morgen oder am Abend? am Morgen am Abend unterschiedlich nie \bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc Seit wann hast Du dieses schwer zu beschreibende, unangenehme Gefühl in Deinen Beinen? seit seit seit seit über einem einem halben einigen einigen nie Jahr Jahr Wochen Tagen \bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc Wie oft hast Du dieses schwer zu beschreibende, unangenehme Gefühl in Deinen Beinen? mindestens mindestens mindestens mindestens mehrmals einmal am einmal in der einmal im einmal im nie am Tag

Monat

 \bigcirc

Jahr

 \bigcirc

 \bigcirc

Woche

 \bigcirc

Tag

 \bigcirc

 \bigcirc

7.	Schau Dir bitte diese Gesichter an. Die Gesichter zeigen, wie stark etwas schmerzen kann. Das linke Gesicht zeigt keine Schmerzen. Die Gesichter rechts davon zeigen immer größer werdende Schmerzen und ganz rechts den größten Schmerz. Welches Gesicht beschreibt am besten, wie Du Dich meistens fühlst, wenn Du dieses schwer zu beschreibende, unangenehme Gefühl in Deinen Beinen hast?							
		(O O O O				Service Servic		
	schmerzt	schmerzt ein	schmerzt ein	schmerzt	schmerzt			
	nicht	wenig	wenig mehr	noch mehr	sehr stark	•	extrem	
	O		O		0		O	
						ja	teilweise	nein
8.	8. Verschwindet dieses schwer zu beschreibende, unangenehme Gefühl in Deinen Beinen, wenn Du dich bewegst? Zum Beispiel wenn Du läufst?					0	0	0
	(Falls Du kein unangenehmes Gefühl in den Beinen hast, dann kreuze bitte das an: () keine Beschwerden)							
9.	9. Fällt es dir schwer nachts einzuschlafen?			0	0	0		
10	0. Fühlst Du dich tagsüber müde?			0	0	0		
11	l. Fällt es D	Fällt es Dir schwer dich in der Schule zu konzentrieren?				0	0	0
Lieb	e Kinder und	Jugendliche, bitte	lasst Euch bei fol	genden Fragen <u>vo</u>	on Euren Eltei	rn helfe	<u>en</u> .	
12	2. Körperge	ewicht bei Geburt:						
	Körperlänge bei Geburt:							
		gerschaftsdauer bi						
		Körpergewicht:						
	Aktuelle	Körpergröße:						
13	3. Wie war	die Durchschnittsr	note Deines letzter	n Zeugnisses?				
	4.0	00	4.0	- ~				

		ja	nein
14.	Sind bei Dir im letzten Jahr Wachstumsschmerzen aufgetreten?	0	0
15.	Bekommst Du wegen einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS) Medikamente?	0	0
16.	Gibt es in Deiner Familie noch andere Personen, die ähnliche Beschwerden (unangenehme Gefühle in den Beinen) haben?	0	0

17.	Wie viel Zeit verbringst Du durchschnittlich an einem Tag an	weniger als 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	mehr als 4 Stunden
	einem Fernseher:	0	0	0	0
	einem Computer:	0	0	0	0
	einer Konsole:	0	0	0	0
	einem Smartphone:	0	0	0	0

