

**Fragebogen für  
die Traum-Schlaf-Verhaltensstörung**

**Datum**

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

1. Ich habe teilweise sehr lebhaft Träume.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Meine Träume haben des öfteren aggressiven oder aktionsgeladenen Inhalt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Die Traum Inhalte stimmen meist mit meinem nächtlichen Verhalten überein.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Mir ist bekannt, dass ich meine Arme oder Beine im Schlaf bewege.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Es ist dabei vorgekommen, dass ich meinen Partner oder mich selbst (beinahe) verletzt habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Bei mir treten oder traten während des Träumens folgende Erscheinungen auf:	
6.1. laut Sprechen, Schreien, Schimpfen, Lachen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.2. plötzliche Bewegungen der Gliedmaßen, „Kämpfen“	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.3. Gesten, Bewegungsabläufe, die im Schlaf sinnlos sind wie z.B. winken, salutieren, Mücken verscheuchen, Stürze aus dem Bett	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.4. um das Bett herum umgefallene Gegenstände wie z.B. Nachttischlampe, Buch, Brille	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Es kommt vor, dass ich durch meine eigenen Bewegungen wach werde.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Nach dem Erwachen kann ich mich an den Inhalt meiner Träume meist gut erinnern.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Mein Schlaf ist häufiger gestört.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Bei mir liegt/lag eine Erkrankung des Nervensystems vor (z.B. Schlaganfall, Gehirnerschütterung, Parkinson, RLS, Narkolepsie, Depression, Epilepsie, entzündliche Erkrankung des Gehirns), welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Gesamt: (max. 13 Punkte)</b>	
<b>Zusatzfragen</b>	
Wurde Ihnen jemals gesagt oder vermuten Sie selbst, dass Sie während des Schlafes den Inhalt Ihrer Träume ausführen? (z.B. Schlagen, Arme schwingen, Laufbewegungen machen, usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Episoden mit Bewegungen treten frühestens eine Stunde nach dem Einschlafen oder in der zweiten Nachthälfte jedoch nicht unmittelbar nach dem Einschlafen auf.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
An die nächtliche Bewegungsaktivität erinnere ich mich am nächsten Tag in der Regel nicht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin öfters tagsüber sehr müde.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein