

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen für Erwachsene

**JA**      **NEIN**

1	Haben Sie eine Gluten- und/oder Kaseinintoleranz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Haben Sie schon mal einen KPU-Wert ermitteln lassen? Wenn ja, welcher Wert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Welche Sportart betreiben Sie oder haben Sie betrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hatten Sie orthopädische OPs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Haben Sie schon mal Ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen / korrigieren lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Gab es bei Ihrer Geburt Schwierigkeiten (Nabelschnur, Zange, Saugglocke, Beckenendlage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wurden Sie zu früh geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wurden Sie per Wunsch-/Notkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wurde bei Ihnen LRS diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wurde bei Ihnen ADHS/ADS festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Stehen Sie oft auf der Innenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Stehen Sie oft auf der Außenkante der Füße und können das an der Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Sind Sie lichtempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Sind Sie geräuschempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Reagieren Sie stark auf unverhoffte Berührung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich oder haben Sie isolierte Ängste - z.B. Prüfungsangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Haben Sie Gleichgewichtsprobleme (an hohem Gebäude hochschauen, oder in die Tiefe schauen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Leiden Sie unter Reiseübelkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sind Sie leicht reizbar und wütend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Lieben Sie Routine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Sind Sie leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Leiden Sie an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Leiden Sie an Diabetes Typ 1 oder Typ 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Haben Sie eine geringe Stresstoleranz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Stresst Sie direkter Augenkontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Leiden Sie unter häufigen Schulter- und Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Haben Sie Schwierigkeiten mit der Atmung (z.B. Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Haben Sie generell einen hohen / schwachen Muskeltonus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29	Haben Sie Artikulationsprobleme (z.B. Lispeln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Bewegen Sie beim Schreiben Ihre Zunge oder beißen Sie die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Kauen Sie an Ihren Nägeln oder gerne auch an einem Bleistift?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Essen Sie tendenziell eher mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Halten Sie beim Schreiben den Stift verkrampft und nicht in der klassischen 3-Punkt-Haltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Drücken Sie beim Schreiben den Stift eher zu fest auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob- oder Feinmotorik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Haben Sie Koordinationsprobleme (z.B. Hand-Fuß)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Sind Ihre Hände und Arme stark angespannt oder hatten Sie bereits ein Karpaltunnelsyndrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Knirschen Sie mit den Zähnen, oder tragen Sie nachts eine Aufbisschiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein (entsprechend einer Greifbewegung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Leiden Sie häufiger unter Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Haben Sie eine eher gekrümmte Körperhaltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Haben Sie einen eher staksigen Gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Haben Sie eine eher schlechte Raumorientierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und Werfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Neigen Sie zum Zehenspitzen Gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Wirken Sie oft unorganisiert und vergesslich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Hatten Sie einmal ein Schleudertrauma oder einen Sportunfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Leiden Sie unter dem „Restless Legs“ - Symptom (Zittern der Beine), wenn Sie am Tisch sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Haben Sie das Gefühl, die Beine unter dem Tisch ausstrecken zu müssen, wenn Sie in der Schreibposition sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Reden Sie über Gebühr viel und schnell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v.a. Brustschwimmen) oder beim Schwimmen lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Fausten Sie Ihre Hände beim Vierfüßerstand oder im Unterarmstütz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Drehen Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand/Liegestütz nach außen und/ oder überstrecken Sie dabei Ihre Ellbogengelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Fausten Sie Ihre Hände im Vierfüßerstand, oder drehen Sie die Hände nach aussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Sind Sie kurzsichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61	Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall an der HWS, BWS oder LWS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Haben Sie einen Buckel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Leiden Sie unter häufigen und lang anhaltenden Wirbelsäulenbeschwerden (Rückenprobleme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Haben Sie unspezifische und/oder lang anhaltende Knie- oder Hüftprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Leiden Sie unter Ischiasproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Haben Sie eine Beinlängendifferenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Leiden sie unter eine Hüft- oder Kniearthrose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Legen Sie beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich oder drehen Sie den Kopf zur Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Haben Sie Rechts-Links-Differenzierungsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Neigen Sie dazu, beim Steuern eines Autos o. beim Radfahren unabsichtlich in die Richtung der Kopfdrehung zu fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Hatten Sie einen Hörsturz oder häufiger Ohrenentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein/gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	Leiden Sie unter einer Skoliose in der BWS oder in der LWS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Gehen sie eher ungerne, fällt Ihnen das Gehen eher schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Fällt Ihnen auf, dass Ihre Socken immer am großen Zeh durchgewetzt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	Ist das Oberleder Ihrer Schuhe an der Stelle des großen Zehs nach oben ausgewölbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	Haben Sie schwache Knöchel und neigen leicht zum Umknicken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	Haben Sie einen Platt-, Senk- oder Spreizfuß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Notizen:**