



Fragebogen für Erwachsene

Name:

Alter:

Datum:

Allgemeines	1. Haben Sie eine Gluten- und/oder Kaseinintoleranz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2. Haben Sie schon mal einen KPU-Wert ermitteln lassen? Wenn ja bitte den Wert angeben: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3. Hatten Sie orthopädische OPs? Was wurde operiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	4. Haben Sie schon mal Ihr Kopfgelenk auf Symmetrie prüfen / korrigieren lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	5. Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung oder Beinlängendifferenz festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	6. Wurde bei Ihnen LRS / ADHS/ Hyperaktivität diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	7. Reagieren Sie übergebührlich empfindlich auf : <input type="checkbox"/> Geräusche? <input type="checkbox"/> Licht / Helligkeit? <input type="checkbox"/> Berührung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	8. Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich oder haben Sie isolierte Ängste - z.B.Prüfungsangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	9. Sind Sie leicht reizbar und wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	10. Lieben Sie Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	11. Sind Sie leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	12. Haben Sie an eine geringe Stresstoleranz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	13. Stresst Sie direkter Augenkontakt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geburt	14. Gab es bei Ihrer Geburt Schwierigkeiten (Nabelschnur, Zange, Saugglocke, Beckenendlage)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	15. Gab es einen Not-/ Wunschkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	16. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Laufen	17. Stehen Sie oft auf der Innenkante / Außenkante der Füße? (Abnutzung an den Schuhabsätzen erkennbar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	18. Ist das Oberleder Ihrer Schuhe an der Stelle des großen Zehs nach oben ausgewölbt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	19. Haben Sie schwache Knöchel und neigen leicht zum Umknicken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	20. Haben Sie einen Platt-, Senk- oder Spreizfuß?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	21. Neigen Sie dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	22. Gehen sie eher ungerne, fällt Ihnen das Gehen eher schwer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spinaler Galant	23. Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein (entsprechend einer Greifbewegung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	24. Haben Sie das Gefühl, generell schief zu sein/gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	25. Vermeiden Sie enge Kleidung, engen Hosenbund, Gürtel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	26. Leiden Sie unter einer Skoliose in der BWS oder in der LWS?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

TLR	27. Stützt Sie beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	28. Leiden Sie unter häufigen Schulter- und Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	29. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme (an hohem Gebäude hochschauen, oder in die Tiefe schauen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	30. Leiden Sie unter Reiseübelkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	31. Können Sie sich schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sprechen & Schreiben	Verwechseln sie Buchstaben wie b und p oder p und d oder machen Sie Zahlendreher z. B. 52 statt 25?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	32. Tragen o. trugen Sie eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	33. Haben Sie Artikulationsprobleme (z.B. Lispeln)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	34. Bewegen Sie beim Schreiben Ihre Zunge oder beißen Sie die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	35. Kauen Sie an Ihren Nägeln oder gerne auch an einem Bleistift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	36. Haben sie Spannungen im Kiefergelenk/Tragen einer Aufbisschiene?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	37. Fällt es Ihnen schwer, eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	38. Halten Sie beim Schreiben den Stift verkrampft und nicht in der klassischen 3-Punkt-Haltung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	39. Drücken Sie beim Schreiben den Stift eher zu fest auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	STNR	40. Haben Sie als Kind das Krabblen ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja
41. Haben Sie eine eher gekrümmte Körperhaltung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42. Räkeln und strecken Sie sich häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43. Haben Sie das Gefühl, die Beine unter dem Tisch ausstrecken zu müssen, wenn Sie in der Schreibposition sitzen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
44. Sitzen Sie gerne im Schneidersitz oder auf einem Bein?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
45. Schlingen Sie beim Sitzen Ihre Beine um die Stuhlbeine?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
46. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
47. Haben Sie Probleme beim Schwimmen (v.a. Brustschwimmen) oder beim Schwimmen lernen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
ATNR	48. Legen Sie beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich oder drehen Sie den Kopf zur Seite?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	49. Haben Sie Rechts-Links-Differenzierungsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	50. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und Werfen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	51. Neigen Sie dazu, beim Steuern eines Autos oder beim Radfahren unabsichtlich in die Richtung der Kopfdrehung zu fahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	52. Bekommen Sie beim Lesen Kopfschmerzen oder Augenjucken oder Augenreizungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein